unifeb

Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos

www.unifeb.edu.br

# MANUAL DE BIOSSEGURANÇA DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE BARRETOS

*Este manual foi organizado pelo Professor Fabiano de Sant'Ana dos Santos, após reuniões com a Comissão de Biossegurança do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos e extenso levantamento bibliográfico, elaboração de material fotográfico e a criação de uma técnica de pré-lavagem de instrumental contaminado.*

2015

Catalogação na fonte pela Biblioteca Prof. Roberto Rossi Zuccolo do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos

S59m Santos, Fabiano de S. dos.
Manual de Biossegurança do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos.// Fabiano de Sant'Ana dos Santos. Barretos: Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos. 2010.

42p.: il.

Manual – Curso de Odontologia do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos.

1. Biossegurança. 2. Infecção cruzada. 3. Riscos ocupacionais.

## EXPEDIENTE GERAL

CONSELHO CURADOR

Presidente
Letícia de Oliveira Catani

Vice-Presidente
Josias Isidoro Dias Neto

Secretário
Susimar César Borges

Danilo Henrique Nunes
Guilherme Henrique Arduíno Diniz
Rodolfo Antônio da Costa
Yussif Mustafá Ali
Wander Stuart Coronato Nogueira
Douglas Hrastel Neto
Silvio Ribeiro de Azevedo
Júlio Sarri Filho
Eurípedes Benedecti
Vitor Edson Marques Júnior

Reitor
Prof. Dr. Reginaldo da Silva

Pró-Reitoria de Graduação
Profa. Dra. Sissi Kawai Marques

Pró-Reitora de Extensão e Cultura
Profa. Maria Paula Barcellos de Carvalho

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Profa. Dra. Fernanda Scarmato de Rosa

Superintendente de Administração e Finanças
Sr. Wander Furegatti Ramos Martins

Coordenadora do Curso de Odontologia
Profa. Dra. Juliemy Aparecida de Camargo Scuoteguazza

Conselho de Curso de Odontologia
Profª. Drª. Simone Barone Salgado Marques
Prof. Dr. Jorge Henrique Stefanelli Marques
Prof. Dr. Hélio Massaiochi Tanimoto
Prof. Dr. Deny Munari Trevisani
Graduando: Mateus Delfino

Núcleo Docente Estruturante
Presidente: Prof. Dr. Fabiano de Sant'Ana dos Santos
Prof. Dr. Fábio Luiz Ferreira Scannavino
Prof. Dr. Alex Tadeu Martins
Prof. Marcelo Vieira Silva

Capa
Prof. Dr. Fábio Luiz Ferreira Scannavino

**COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA**

Presidente
*Prof. Dr. Fabiano de Sant'Ana dos Santos*

Membros

*Prof. Dr. Alex Tadeu Martins,*

*Prof. Angelo Poliseli Neto*

*Prof. Dr. Hélio Massaiochi Tanimoto*

*Prof. Jorge Henrique Stefanelli Marques*

*Prof. Marcelo Vieira Silva*

*Prof. Maria José Pereira de Almeida*

*Profa. Dra. Miriam Eiko Katuki Tanimoto*




| | PÁG. |
|---|---|
| **APRESENTAÇÃO** | **2** |
| **INTRODUÇÃO** | **3** |
| **1. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA** | **4** |
| **2. AMBIENTAÇÃO DA ATIVIDADE ODONTOLÓGICA** | **4** |
| **2.1 - CLASSIFICAÇÃO DOS AMBIENTES** | **4** |
| **2.2 - CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS, SEGUNDO SPAULDING** | **5** |
| **2.3 - CLASSIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | **5** |
| **3. ESTERILIZAÇÃO POR PROCESSO FÍSICO - Resolução 374, de 15/12/95, da S.S.S.P.** | **5** |
| **3.1 - VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO** | **5** |
| **3.2 - CALOR SECO** | **6** |
| **3.3 - LIMPEZA DO INSTRUMENTAL** | **6** |
| **3.4 – ACONDICIONAMENTO** | **6** |
| **3.5 - TEMPO E TEMPERATURA DE ESTERILIZAÇÃO** | **6** |
| **3.5.1 – AUTOCLAVE** | **6** |
| **3.5.2 – CALOR SECO** | **6** |
| **3.5.3 - PRAZO DE VALIDADE** | **6** |
| **4. PREPARO DE MATERIAL A SER ESTERILIZADO NA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO** | **7** |
| **4.1 – LIMPEZA** | **7** |
| **4.2 – ACONDICIONAMENTO** | **8** |
| **4.3 – ENTREGA** | **8** |
| **4.4 – RETIRADA** | **8** |
| **4.5 - CUIDADOS COM AS PEÇAS DE MÃO** | **9** |
| **5. TÉCNICA PARA EMPACOTAMENTO DE MATERIAL E INSTRUMENTAL** | **10** |
| **6. AGENTES QUÍMICOS** | **11** |
| **6.1 - ESCOLHA DO AGENTE QUÍMICO** | **11** |
| **6.2 - ESTERILIZANTES QUÍMICOS** | **12** |
| **6.3 - ETAPAS DA ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA** | **13** |
| **6.4 - DESVANTAGENS DA ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA** | **13** |
| **6.5 - DESINFETANTES DE NÍVEL INTERMEDIÁRIO** | **13** |
| **7. DESINFECÇÕES** | **15** |
| **7.1 - DESCONTAMINAÇÃO DE INSTRUMENTAL** | **15** |
| **7.2 - DESINFECÇÃO DE INSTRUMENTOS** | **15** |
| **7.3 - DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES** | **16** |
| **7.4 - DESINFECÇÃO DE MOLDES** | **16** |
| **7.5 - DESINFECÇÃO DE PRÓTESES (ver anexo 3)** | **16** |
| **8. USO DE BARREIRAS NAS SUPERFÍCIES** | **17** |
| **8.1 – BARREIRAS - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA** | **17** |
| **8.1.1 - ATRIBUTOS DA BARREIRA** | **17** |
| **8.1.2 – MATERIAIS** | **17** |
| **8.1.3 – USO** | **17** |
| **9. PROTEÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE** | **18** |
| **9.1 - BARREIRAS PESSOAIS - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL** | **18** |
| **9.1.1 – LUVAS** | **18** |
| **9.1.2 – MÁSCARAS** | **20** |
| **9.1.3 - ÓCULOS DE PROTEÇÃO** | **20** |
| **9.1.4 – AVENTAIS** | **21** |
| **9.1.5 – GORROS** | **21** |
| **9.2 - LAVAGEM E CUIDADO DAS MÃOS** | **21** |
| **9.3 - LAVAGEM DAS MÃOS** | **22** |
| **9.4 - LAVAGEM E ANTISSEPSIA DAS MÃOS** | **23** |
| **9.5 - ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS** | **23** |
| **9.6 - CUIDADOS COM AS MÃOS** | **24** |

**10. ACIDENTES DE TRABALHO (MS,1999) 24**
**10.1 - PREVENÇÃO DE ACIDENTES 25**
**10.2 - CONDUTA APÓS EXPOSIÇÃO ACIDENTAL (SESSP,1999) 25**
**11. CONDUTA APÓS ACIDENTE COM INSTRUMENTAL PÉRFURO-CORTANTE NO CURSO DE ODONTOLOGIA DE BARRETOS 25**
**FLUXOGRAMA PARA ACIDENTADOS E FONTE 27**
**12. RECOMENDAÇÃO PARA PROFILAXIA DE HEPATITE B PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EXPOSTOS A MATERIAL BIOLÓGICO. 28**
**12.1 - PACIENTE Ag HBs POSITIVO OU DESCONHECIDO COM RISCO 28**
**12.2 - PACIENTE FONTE COM Ag HBs DESCONHECIDO E SEM RISCO 28**
**12.3 - PACIENTE FONTE COM Ag HBs NEGATIVO 29**
**13. CUIDADOS EM RADIOLOGIA 29**
**14. CUIDADOS NO LABORATÓRIO DE PRÓTESE 30**
**15. MANEJO DE BIÓPSIAS 31**
**16. DENTES EXTRAÍDOS 31**
**17. CUIDADOS COM O LIXO 31**
**18. CUIDADOS COM A ÁGUA E O AR 32**
**18.1 - CAIXAS D'ÁGUA 32**
**18.2 – AR 32**
**19. NORMAS DE PREVENÇÃO NA CLÍNICA 33**
**20. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 34**
**ANEXO 1- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE 36**
**ANEXO – 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 37**
**ANEXO 3 – QUADROS DE DESINFECÇÃO DE MATERIAIS DE MOLDAGENS E PRÓTESES 39**

## APRESENTAÇÃO

Este manual foi elaborado com a finalidade de normatizar as condutas nas clínicas odontológicas do Curso de Odontologia do Centro Universitário da FEB dentro dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Odontologia. A intenção é conscientizar os profissionais da área de saúde bucal a respeito das medidas de biossegurança, como o modo mais eficaz de reduzir os riscos ocupacionais e as doenças infecto-contagiosas, mantendo vigilância rigorosa no manuseio dos equipamentos e materiais odontológicos a fim de assegurar o máximo de confiabilidade para o paciente, o aluno e a instituição.

## INTRODUÇÃO

A biossegurança tem sido definida como um conjunto de medidas técnicas que visam informar e prevenir os profissionais da área da saúde dos riscos a que podem ser expostos em virtude da grande variedade de microrganismos frequentemente presentes no ambiente de trabalho, provenientes do sangue e da saliva e responsáveis por doenças infecto-contagiosas como hepatite, herpes, tuberculose, AIDS etc. Portanto, é necessário que o Cirurgião-Dentista e a sua equipe tomem os cuidados essenciais em relação à limpeza, à desinfecção, à esterilização do instrumental e à validade dos materiais, seguindo rigoroso protocolo de biossegurança. Tais condições de trabalho, relacionadas ao controle de doenças transmissíveis nos estabelecimentos de assistência odontológica, são supervisionadas pelos órgãos estaduais e municipais de saúde, de acordo com o Decreto n.$^{0}$ 77.052, de 19 de janeiro de 1976, artigo 2, item IV. O objetivo deste manual é normatizar os procedimentos de biossegurança adotados no Curso de Odontologia do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos – UNIFEB -, assegurando ao estabelecimento de ensino e à prática odontológica a proteção e a segurança necessárias, a fim de minimizar os riscos ocupacionais, as infecções cruzadas e a transmissão de doenças infecciosas, garantindo assim o bem-estar físico, mental e social do profissional/paciente e de toda a comunidade.

## 1. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

O art. 67 da Resolução SS15, de 18-1-99 da Secretaria de Saúde de São Paulo - Em estabelecimentos de assistência odontológica com mais de seis profissionais exercendo atividades clínicas, deverá ser instituída uma Comissão Interna de Biossegurança.

Dentre as funções da Comissão de Biossegurança, uma é a de fazer cumprir o que determina o Regulamento Interno exigido pela mesma Resolução, como:

- descrever os cuidados relativos aos aspectos de Biossegurança;
- estabelecer as rotinas de procedimentos no controle de doenças transmissíveis;
- manter registro das ocorrências relativas a doença de notificação compulsória.

Note-se que o papel fundamental da Comissão envolve a criação de um programa de controle de infecção visando proteger pacientes, a equipe de saúde (professores, estudantes e pessoal auxiliar) e os funcionários do risco de transmissão de doenças infecciosas nas clínicas do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos. As metas específicas desse programa são:

- reduzir o número de microrganismos patogênicos encontrados no ambiente de tratamento;
- reduzir o risco de contaminação cruzada no ambiente de tratamento;
- proteger a saúde dos pacientes, da equipe de saúde e dos funcionários da clínica;
- conscientizar a equipe de saúde da importância de, consistentemente, aplicar as técnicas adequadas de controle de infecção;
- difundir entre todos os membros da equipe de saúde o conceito de precauções universais, que assume que qualquer contato com fluidos do corpo é infeccioso e requer que todo profissional sujeito ao contato direto com eles se proteja, como se eles apresentassem o vírus da imunodeficiência adquirida ou da hepatite B, C ou D;
- estudar e atender às exigências dos regulamentos governamentais locais, estaduais e federais.

Para atingir seus objetivos, a Comissão de Biossegurança elaborou o presente Manual, numa sequência que envolve algumas definições; noções sobre limpeza, esterilização e desinfecção de artigos e as normas para o seu emprego; a proteção da equipe de saúde, envolvendo a lavagem das mãos e o uso de barreiras; a limpeza, desinfecção e uso de barreiras nas superfícies; sequência de trabalho nas clínicas; procedimentos diante de acidentes pérfuro-cortantes; limpeza das clínicas; eliminação do lixo; cuidados com o ar e a água.

Este trabalho visa o bem comum. Considerando que "os profissionais das equipes de saúde bucal devem estar devidamente informados e atentos aos riscos ocupacionais inerentes às atividades desenvolvidas" (art.4o. Res.15/99), é responsabilidade de todos contribuir para o cumprimento das normas propostas, para manutenção de um ambiente de trabalho seguro e saudável.

## 2. AMBIENTAÇÃO DA ATIVIDADE ODONTOLÓGICA

Na área da saúde, não há atividade que apresente um quadro tão heterogêneo de detalhes com vistas ao controle de infecção quanto a Odontologia, o que pode dificultar a tomada de decisões em relação aos cuidados quanto à esterilização ou desinfecção de superfícies ou instrumentos. As dificuldades poderão ser eliminadas ou extremamente reduzidas, se o profissional, independentemente de sua especialidade, distinguir o ambiente de atuação e o risco potencial de transmissão dos instrumentos e materiais utilizados.

**2.1 - CLASSIFICAÇÃO DOS AMBIENTES**

**Áreas não críticas** - são aquelas não ocupadas no atendimento dos pacientes ou às quais estes não têm acesso. Essas áreas exigem limpeza constante com água e sabão.

**Áreas semi-críticas** - são aquelas vedadas às pessoas estranhas às atividades desenvolvidas. Ex.: lavanderia, laboratórios, biotério. Exigem limpeza e desinfecção constante, semelhante à doméstica.

**Áreas críticas** - são aquelas destinadas à assistência direta ao paciente, exigindo rigorosa desinfecção. Ex.: clínicas de atendimento, setor de esterilização. Os equipamentos e mobiliários pertencentes a essas áreas requerem cuidados mais frequentes de limpeza e desinfecção, porque são os que mais se contaminam e que mais facilmente podem transmitir doenças. Pisos, tampos, peitorís e demais superfícies localizados nessas áreas, também merecem limpeza frequente e cuidadosa, porque acumulam resíduos contaminados, resultantes da atividade humana.

**Desinfecção diária** - hipoclorito de sódio a 1% e água e sabão. Desinfecção semanal - associação de fenóis sintéticos.

**Áreas contaminadas** - superfícies que entram em contato direto com matéria orgânica (sangue, secreções ou excreções), independentemente de sua localização. Exigem desinfecção, com remoção da matéria orgânica, e limpeza, com água e sabão.

**2.2 - CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS, SEGUNDO SPAULDING**

**Artigos críticos** - são aqueles que penetram nos tecidos sub-epiteliais da pele e mucosa, sistema vascular ou outros órgãos isentos de microbiota própria. Ex.: instrumentos de corte ou ponta; outros artigos cirúrgicos (pinças, afastadores, fios de sutura, catéteres, drenos etc.); soluções injetáveis.

- processo: esterilização

**Artigos semi-críticos** - são aqueles que entram em contato com a mucosa íntegra e/ou pele não íntegra. Ex.: material para exame clínico (pinça, sonda e espelho); condensadores; moldeiras; porta-grampos.

- processo: esterilização ou desinfecção de alto nível.

**Artigos não críticos** - são aqueles que entram em contato com a pele íntegra ou não entram em contato direto com o paciente. Ex.: termômetro; equipo odontológico; superfícies de armários e bancadas; aparelho de raios X.

- processo: desinfecção de nível intermediário.

**2.3 - CLASSIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS**

**Procedimento crítico** - todo procedimento em que haja presença de sangue, pus ou matéria contaminada pela perda de continuidade do tecido.

**Procedimento semi-crítico** - todo procedimento em que exista a presença de secreção orgânica (saliva), sem perda de continuidade do tecido.

**Procedimento não crítico** - todo procedimento em que não haja a presença de sangue, pus ou outras secreções orgânicas, inclusive saliva.

**3. ESTERILIZAÇÃO POR PROCESSO FÍSICO - Resolução 374, de 15/12/95, da S.S.S.P.**

**3.1 - VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO**

É o processo que oferece maior segurança e economia. Pode ser realizado em autoclave convencional horizontal ou autoclave a alto vácuo. A autoclave vertical é própria para laboratório, não devendo ser utilizada para a esterilização de artigos médico-cirúrgicos e odontológicos, pois os pacotes ficam superpostos dificultando a drenagem do ar, retardando a penetração do vapor e dificultando a secagem dos artigos, o que não garante a sua esterilização.

**3.2 - CALOR SECO**

O calor seco gerado em estufa elétrica (forno de Pasteur) é de uso limitado, pois sua penetração e distribuição dentro da câmara não se faz de maneira uniforme, além do que, o processo requer um tempo de exposição mais prolongado a altas temperaturas, o que é inadequado para certos materiais, tais como tecidos e borrachas. A estufa deve possuir um termômetro que indica a temperatura atingida no interior e um termostato responsável pela manutenção da temperatura desejada. Deve-se colocar as caixas maiores nas prateleiras superiores e as menores nas inferiores, para facilitar a condução de calor, sem encostá-las na parede da estufa, nem encostar o bulbo do termômetro nas caixas. Não colocar grande quantidade de material dentro das caixas, nem sobrecarregar o aparelho. Deve-se seguir o manual de instruções do fabricante.

**3.3 - LIMPEZA DO INSTRUMENTAL**

É primordial para qualquer tipo de processo de esterilização escolhido, a limpeza eficaz do material. No caso do instrumental, a lavagem por meio de escovação com detergente neutro líquido ou a utilização de detergentes enzimáticos, ou, idealmente, a limpeza em aparelho de ultra-som.

**3.4 - ACONDICIONAMENTO**

Para autoclave: deverá ser em envelopes de papel grau cirúrgico (para peças de mão e poucas unidades de instrumentos), caixas de alumínio, inox ou acrílico, totalmente perfuradas, com forração interna de campo de algodão simples (ou papel grau-cirúrgico) e embaladas externamente em campo de algodão duplo (ou papel grau-cirúrgico, ou papel grau cirúrgico). O algodão cru é recomendado na textura de aproximadamente 40 fios e em campos duplos. Quando novo, deve ser lavado antes do uso para eliminar o amido e evitar o superaquecimento, que resultará em desidratação das fibras. Na reutilização dos tecidos os mesmos devem ser lavados para a retirada de poeira e recomposição das fibras. O papel grau-cirúrgico deve possuir superfície regular, sem zonas de maior ou menor acúmulo de fibras que possam causar furos. A gramatura deve ser de 60g/$m^2$ ou 80g/$m^2$ e não deve conter grande quantidade de corante ou de amido (Resolução SS-374, de 15/12/95).

As brocas deverão ser acondicionadas em recipiente de alumínio ou inox perfurada devidamente forrada com gaze para que possam sofrer esterilização por meio de autoclave. As brocas podem também ser esterilizadas em calor seco.

Para calor seco: Deverá ser em caixas metálicas, totalmente fechadas, com forração interna da caixa e proteção das pontas ativas dos instrumentos, com papel alumínio.

**3.5 - TEMPO E TEMPERATURA DE ESTERILIZAÇÃO**

**3.5.1 - AUTOCLAVE**

Usar exposição por 30 (trinta) minutos a uma temperatura de 121ºC, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão). Usar exposição por 15 (quinze) minutos a uma temperatura de 132ºC, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão). Usar exposição por 04 (quatro) minutos a uma temperatura de 132ºC, em autoclave de alto vácuo.

### 3.5.2 - CALOR SECO

O tempo e temperatura utilizados na Central de Esterilização, e recomendados para esterilização a seco são: 2 horas à 170ºC, respectivamente. Isto foi estabelecido devido ao grande porte de nossas estufas e a grande variedade na dimensão das caixas de instrumentos. A Res. SS - 374 recomenda 1 hora a 170º C e 2 horas a 160º C.

### 3.5.3 - PRAZO DE VALIDADE

Recomenda-se o prazo de 7(sete) dias de validade para os artigos esterilizados por processo físico (Resolução SS-374, de 15/12/95).

Observação: caso o pacote esterilizado seja aberto e não utilizado, deve-se considerá-lo contaminado, necessitando ser submetido ao processo de esterilização novamente.

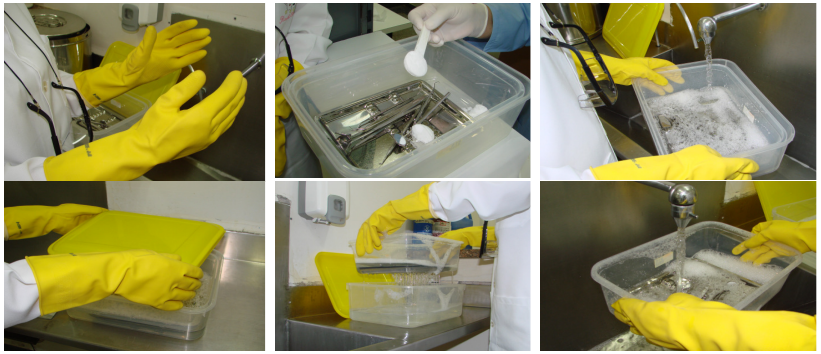
## 4. PREPARO DE MATERIAL A SER ESTERILIZADO NA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO

Cabe ao usuário da Central de Esterilização, seguir as seguintes instruções:

### 4.1 LIMPEZA

Uma opção para a limpeza do instrumental contaminado inicia-se com a pré-lavagem do mesmo por meio do uso de detergente desincrustante/detergente enzimático (Rio 93 da Rioquímica ou similar), que deverá ser colocado em cubas de plástico (tupperware) que sempre estarão disponíveis nas clínicas, de acordo com o que segue abaixo:

- Ao término da atividade clínica, o aluno deverá descartar as luvas utilizadas durante o atendimento clínico, lavar as mãos e calçar luvas grossas de limpeza pesada.
- Colocar os instrumentos contaminados na “tupperware” menor perfurada, esta deverá ser colocada em uma “tupperware” maior com água e desincrustante por pelo menos 10 minutos, e lembrar que este “tupperware” deverá ser fechado com tampa para evitar acidente.
- Os alunos deverão solicitar ao funcionário da Farmácia das clínicas do Curso de Odontologia o desincrustante que deverá ser colocado na vasilha tipo “tupperware”. Cada 10 gramas de desincrustante deverá ser diluída em 1 litro de água, e assim, sucessivamente.
- Em seguida, o instrumental deverá ser bem enxaguado sob água corrente e lavar cada instrumento com escova e detergente.
- Secar cuidadosamente os instrumentos com papel toalha, inclusive as articulações dos instrumentos (tesoura, matiê) para evitar corrosão e enrijecimento.
- Eliminar a solução ao final da clínica. Lavar os “tupperware” com água e detergente, enxaguar, enxugar e deixar sobre a pia.
- As toalhas de papel utilizadas para secagem deverão ser descartadas no lixo.



**Observação:** as brocas e fresas deverão sofrer o mesmo processo de limpeza, lembrando que as mesmas deverão ser limpas com escova de aço; tão logo, deverão ser esterilizadas, sendo que brocas de aço-carbono em estufa e as demais brocas em autoclave (CDC, 1993; FERREIRA et al, 2001; BRASIL, 2006).

### 4.2 ACONDICIONAMENTO

Acondicionar e embalar de acordo com o processo escolhido para esterilização:

**ESTUFA**

- O instrumental deve ser acondicionado em caixa de metal fechada: inox de paredes finas ou alumínio.
- Envolver a extremidade ativa do instrumental com papel alumínio (finalidade de proteção).
- Separar as seringas dos respectivos êmbolos.

**AUTOCLAVE**

- O instrumental com trava de fechamento deverá estar entreaberto.
- O instrumental deve ser envolvido em campo de algodão cru e acondicionado em: caixa metálica ou acrílica totalmente perfurada, ou bandeja com até 4 cm de altura.
- O pacote externo poderá ser feito em: algodão cru duplo, papel grau-cirúrgico, papel grau cirúrgico, filmes de poliamida, papel crepado e embalagem não tecido.

**Observações**

**a.** O campo de tecido deve ser lavado quando novo e após cada autoclavagem, pois sua trama precisa ser recomposta para permitir a penetração do vapor. O tecido de algodão deve ser

estocado em condições ideais e não é recomendado para autoclaves gravitacionais. Deve ser lavado a cada processamento e não deve conter remendos ou cerzidos.

**b.** O papel grau-cirúrgico não deve ser reutilizado. Após a autoclavagem aumenta o diâmetro de seus poros favorecendo a recontaminação do material. O papel grau-cirúrgico deve ser de uso restrito por não se tratar de barreira antimicrobiana eficiente e liberar resíduos nos instrumentos, favorecendo o aparecimento de manchas.

**c.** As fresas e as peças de mão (caneta de alta rotação, peça reta e o contra-ângulo) devem ser acondicionados em sacos de esterilização.

**d.** A presença de sangue, soro e saliva sobre o instrumento dificulta a esterilização.

**4.3 ENTREGA**

O material deve ser entregue na Central de Esterilização de acordo com o dia e horário pré-estabelecidos (das 8:00 as 11:30 horas; das 13:30 as 17:00 horas e das 19:00 as 22:00 horas), podendo não ser aceito caso esteja em condições inadequadas para validação do processo de esterilização. A entrega deverá ser realizada pelo próprio aluno por meio de identificação digital, não será permitida a entrega do mesmo por outro aluno. É proibida a entrega do material de mão enluvada.

**4.4 RETIRADA**

O material, depois de esterilizado, deverá ser retirado na Central antecedendo cada clínica, mesmo que o atendimento tenha sido cancelado. Os horários de retirada seguem o de entregra (vide item 4.3). A retirada deverá ser realizada pelo próprio aluno por meio de identificação digital , não será permitida a entrega do mesmo por outro aluno. É proibida a entrega do material de mão enluvada.

O material processado pela Central, terá validade de 7 dias (Resolução SS-374 de 15 de dezembro de 1996), a contar da data de esterilização, desde que não tenha sido retirado da embalagem plástica protetora.

**4.5 CUIDADOS COM AS PEÇAS DE MÃO**

A partir da fabricação das peças de mão autoclaváveis, não mais se justifica apenas a desinfecção externa desses dispositivos. O tratamento pelo calor, porém, exige que sejam seguidas as instruções do fabricante quanto à limpeza e lubrificação dos mesmos, para prolongar sua vida útil. A lubrificação desses equipamentos deve ser realizada antes e após a esterilização em autoclave. Para evitar o contato do instrumento esterilizado, com um aplicador de óleo "sujo" (que entrou em contato com o instrumento contaminado), o frasco do lubrificante é fornecido com dois bicos injetores cambiáveis: o vermelho, que faz a lubrificação antes da esterilização, e o azul, usado após a esterilização. Não confundir bico injetor vermelho com frasco vermelho. Tanto o frasco azul como o vermelho são providos dos dois bicos injetores.

**Autoclavagem das pontas**

**Lavagem**

Não se esteriliza um instrumento sujo. Por isso, inicialmente é preciso desconectar da mangueira e fazer a limpeza das peças sob água corrente, com escova e detergente, secando bem, a seguir. Secar por dentro com ar comprimido. (Matéria orgânica aderida provoca mancha. Os sais da água de torneira provocam manchas e ferrugem e destroem os rolamentos).

**Lubrificação**

É preciso lubrificar abundantemente para proteção contra os efeitos da umidade.

Lubrificação prévia da caneta de alta rotação. Deixar em posição uma broca.

- Introduzir o bico vermelho do frasco azul de óleo no orifício maior, situado na parte posterior da peça de mão.
- Injetar o óleo por dois a três segundos, mantendo o frasco do lubrificante em posição vertical e segurando a broca para evitar o giro da turbina.

Lubrificação prévia do micromotor, peça reta e contra-ângulo.

- Girar totalmente o anel preto em sentido horário.
- Injetar o óleo (frasco vermelho, bico vermelho) no furo maior, atrás da peça.
- Girar totalmente o anel em sentido anti-horário.
- Repetir a injeção de óleo.

Peça reta

- Injetar óleo na peça reta. Esta deve estar com uma pedra presa na pinça.
- Conectar ao micromotor e girar a pedra para revolver a engrenagem no óleo.

Contra-ângulo

- Injetar óleo no contra-ângulo.
- Deixar o micromotor, a peça reta e o contra-ângulo na posição horizontal por alguns minutos.

Esterilização

Embrulhar as peças em papel grau-cirúrgico e esterilizar em autoclave.

Lubrificação posterior

Relubrificar ao abrir a embalagem para utilização, fazendo a troca pelo bico azul nos frascos vermelho e azul.

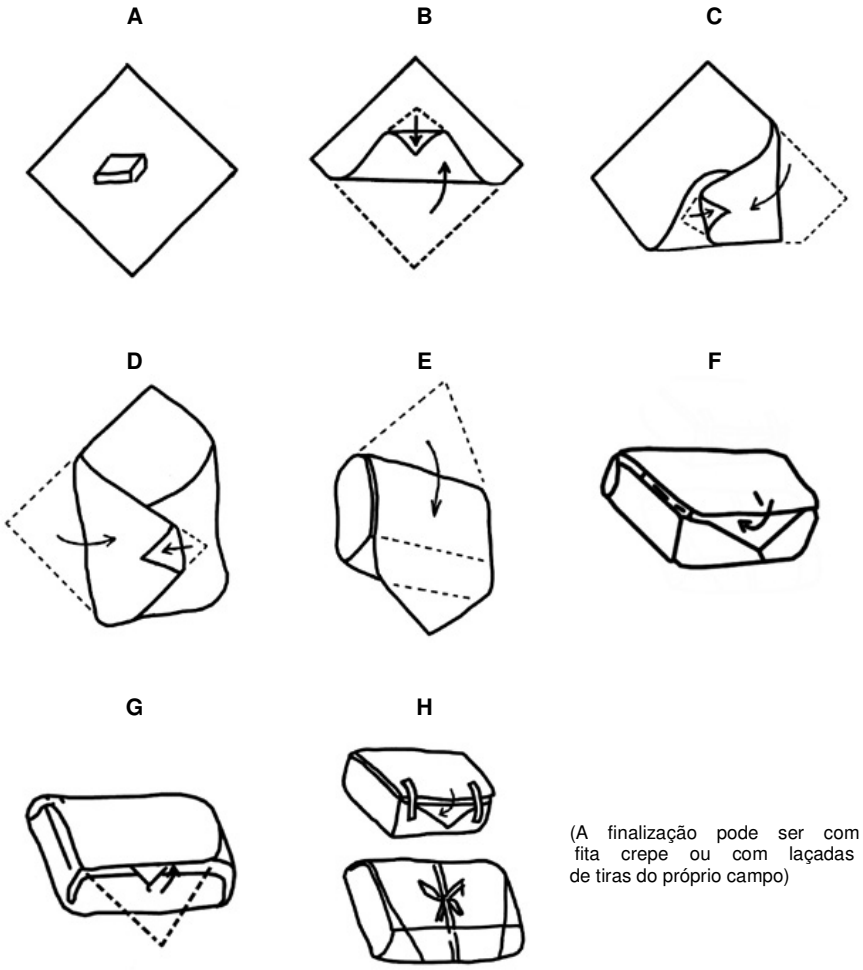
Importante

- Não trocar o frasco azul (caneta de alta) com vermelho (micromotor).
- O vermelho contém detergente que é prejudicial para a caneta.
- O azul não contém detergente, sendo prejudicial para o micromotor.
- Não adianta lubrificar corretamente se o ar comprimido contiver umidade.
- Não adianta drenar a umidade, se não lubrificar as pontas.

**5. TÉCNICA PARA EMPACOTAMENTO DE MATERIAL E INSTRUMENTAL**

**ESTERILIZAÇÃO EM AUTOCLAVE**

O empacotamento de material e/ou instrumental a ser esterilizado em autoclave deve obedecer uma sequência na execução das dobras, conforme a ilustração abaixo. Esta sequência tem por finalidade manter a assepsia da área de trabalho, evitando contaminação por manipulação inadequada do material estéril.




(A finalização pode ser com fita crepe ou com laçadas de tiras do próprio campo)

*Fonte: Protocolo de Biossegurança USP-Bauru.*

**6. AGENTES QUÍMICOS**

Os agentes químicos não apresentam todos a mesma capacidade para a destruição dos microrganismos de interesse médico, que incluem bactérias na forma vegetativa, vírus lipofílicos e hidrofílicos, fungos, *Mycobacterium tuberculosis* e esporos bacterianos. Conforme a gama de microrganismos que podem ser destruídos pelos agentes químicos, o processo é designado:

- Esterilização química - é um processo de longa duração (de 8 a 18 horas) no qual se consegue a destruição de todas as formas de vida por meio do uso de agentes químicos designados como esterilizantes.
- Desinfecção de alto nível - é um processo de curta duração (30 minutos), no qual se consegue a destruição de todas as formas de vida, exceto esporos, utilizando agente químico esterilizante.
- Desinfecção de nível intermediário - é o processo no qual se consegue a destruição da maioria dos microrganismos, inclusive o bacilo da tuberculose, mas não todos os vírus, nem os esporos. O agente é designado desinfetante hospitalar tuberculocida.
- Desinfecção de nível baixo - é o processo de destruição de poucos microrganismos.

**6.1 - ESCOLHA DO AGENTE QUÍMICO**

O agente químico deve ser escolhido conforme:

- a finalidade de uso;
- o atendimento aos critérios do agente ideal;
- o certificado do Ministério da Saúde.

**Rótulos e instruções**

Os rótulos e instruções de uso deverão estar assim apresentados e conter as seguintes informações:

- em língua portuguesa;
- nomes e endereços do fabricante e do fornecedor;
- nome, sigla do Conselho Profissional e número de registro do Responsável Técnico pelo produto fabricado ou distribuído no Brasil;
- prazo de validade do produto;
- número de registro do produto na SVS/MS, que é composto de 11 dígitos.

**O agente químico ideal** deve:

- exibir amplo espectro de ação;
- agir rapidamente sobre todos os microrganismos;
- ser indiferente a agentes químicos e físicos;
- ser atóxico e inodoro;
- apresentar compatibilidade com as superfícies;
- ter efeito residual;
- ser fácil de usar e econômico.

**Eficiência**

Para que se consiga o melhor desempenho de um agente químico, é necessário respeitar:

- concentração de uso;
- tempo de ação;
- validade do produto.

**Aplicações**

- Descontaminação, desinfecção e esterilização de artigos.
- Desinfecção de superfícies.
- Desinfecção de moldes e próteses.
- Desinfecção de reservatórios e dutos.
- Desinfecção de roupas.

**Cuidados**

- Em função da toxicidade dos agentes químicos, que é tanto maior quanto mais eficiente ele for, sua manipulação deve ser feita utilizando o EPI (equipamento de proteção individual) adequado.
- Seu armazenamento deve ser feito em local arejado, fresco e ao abrigo da luz.

**6.2 - ESTERILIZANTES QUÍMICOS**

Entre os agentes químicos esterilizantes estão os aldeídos (glutaraldeído e ácido peracético) e o óxido de etileno. Este último não está disponível em nosso Curso.

*Nota*: A RDC 31, de 4 de julho de 2011 proíbe o registro de produtos saneantes na categoria "Esterilizante", para aplicação sob a forma de imersão, sejam eles à base de glutaraldeído, ácido peracético, ou qualquer outro ativo. A proibição de desinfetantes à base de aldeídos (glutaraldeído e ortoftalaldeído) é exclusiva para os de Nível Intermediário, que são indicados para materiais utilizados na assistência ventilatória e inaloterapia, como também para artigos não críticos. Para Desinfetantes de Alto Nível, podem ser usados como ativos alguns aldeídos (glutaraldeído, ortoftaladeído), ácido peracético, peróxido de hidrogênio, entre outros.

**6.2.1 - GLUTARALDEÍDO 2%**

É um dialdeído, que pode se apresentar pronto para o uso. Em pH ácido, necessita ativação pelo bicarbonato de sódio, para exibir atividade esterilizante. O glutaraldeído ativado sofre polimerização em pH alcalino, inativando-se após 14 dias, quando seu pH for 8,5, ou após 28 dias, em pH 7,5. (Resolução SS-27 de 28/02/2007).

**Classificação**

Esterilizante (10 horas) e desinfetante de alto nível (30 minutos)

**Indicações**

Esterilização de artigos críticos e semi-críticos termo-sensíveis; desinfecção de alto nível e descontaminação.

**Vantagens**

- Penetra no sangue, pus e restos orgânicos.
- Não ataca material de borracha ou plástico.
- Pode ser corrosivo.

**Desvantagens**

- Apresenta toxicidade cutânea, celular e inalatória. Libera vapores tóxicos, razão para se evitar o processamento de materiais em salas mal ventiladas, em recipientes sem tampa ou com vazamentos. Aconselha-se o uso de máscaras com camada de carvão ativado para diminuir o efeito tóxico, quando em manipulação frequente.
- É alergênico.
- Não pode ser utilizado em superfícies.
- Sua atividade corrosiva aumenta com a diluição.
- Seu tempo de reutilização varia com a biocarga.
- Pode ser retido por materiais porosos, daí exigir enxágue rigoroso, para evitar seus resíduos tóxicos.

**Obs.**: Apesar do formaldeído ser também um agente esterilizante, seus vapores irritantes, odor desagradável e comprovado potencial carcinogênico, não o recomendam, devendo, portanto, ser evitado.

**6.2.2 – ÁCIDO PERACÉTICO**

O ácido peracético a 1% promove desnaturação de proteínas, alteração na permeabilidade da parede celular, oxidação de ligações sulfidril e sulfúricas em proteínas, enzimas e outros componentes básicos.

**Classificação**

Esterilizante (1 hora) e desinfetante de alto nível (10 minutos).

**Indicação**

Esterilização de artigos críticos e semi-críticos termo-sensíveis; desinfecção de alto nível e descontaminação.

**Vantagens**

Fácil aplicação, ação rápida, compatível com artigos metálicos, superfícies e tubetes de anestésicos. Não é corrosivo, ação rápida, atividade germicida, mesmo em presença de matéria orgânica. Ação rápida, indicado para superfícies e artigos não metálicos e materiais termo-sensíveis. Não forma resíduos tóxicos, efetivo na presença de matéria orgânica, rápida ação em baixa temperatura.

**Desvantagens**

Volátil, inativado por matéria orgânica, inflamável, opacifica acrílico, resseca plásticos e pode danificar o cimento das lentes dos equipamentos ópticos; deve ser armazenado em áreas ventiladas. Irritante para pele e mucosas, vida útil diminuída quando diluído (efetivo por 14 a 28 dias, dependendo da formulação). Instável, corrosivo, inativado na presença de matéria orgânica. Instável quando diluído. Corrosivo para alguns tipos de metais, ação que pode ser reduzida pela modificação do pH.

**6.3 - ETAPAS DA ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA**

- Preparar o material deixando-o limpo e seco.
- Utilizar a solução de glutaraldeído em recipientes de plástico ou vidro, sempre tampados. Quando utilizar caixa metálica, proteger o fundo com compressa, evitando o contato com os artigos, a fim de evitar corrosão eletrolítica.
- Imergir totalmente os artigos na solução, deixando-os abertos, se articulados.
- Controlar o tempo de exposição.
- Enxaguar os artigos com água ou solução fisiológica estéreis, respeitando a técnica asséptica. Enxugar com panos esterilizados.
- Utilizar o material de imediato.

**6.4 - DESVANTAGENS DA ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA**

- O material não pode permanecer estéril, uma vez que é esterilizado não embalado.
- Não existe teste biológico para comprovar a esterilidade.

**6.5 - DESINFETANTES DE NÍVEL INTERMEDIÁRIO**

Os desinfetantes de nível intermediário utilizados no Curso de Odontologia da FEB são o hipoclorito de sódio a 1% e o álcool 70%.

**HIPOCLORITO DE SÓDIO A 1% ESTABILIZADO COM CLORETO DE SÓDIO**

**Indicações**

Desinfecção de instrumentos semi-críticos, superfícies, moldes, roupas e água.

**Vantagens**

- Rápida ação antimicrobiana.
  - Amplo espectro.
  - Econômico.
  - Efetivo em soluções diluídas.

**Desvantagens**

- Esporicida, apenas em altas concentrações (5,25%).
- Não pode ser reutilizado.
- Deve ser preparado diariamente.
- Atividade diminuída pela presença de matéria orgânica. A perda de cloro devido à matéria orgânica pode ser significante, quando são empregadas mínimas quantidades de cloro. Maiores níveis de cloro, porém, tendem a produzir reserva de segurança para exercer a ação bactericida desejada.
- Odor desagradável persistente.
- Irritante para a pele e olhos.
- Corrói metais e estraga tecidos.
- Ataca plásticos e borrachas.

**Diluições do hipoclorito de sódio**

- 1% - 10.000 ppm
- 0,5% - 5.000 ppm (partes iguais da solução a 1% e água)
- 0,05% - 500 ppm (1 parte da solução a 1% + 19 partes de água)

**Aplicações das diluições**

- Superfícies fixas - 0,5 a 1% (para cada litro de água misturar 20ml de hipoclorito de sódio)
- Artigos - 0,5 a 1% (para cada litro de água misturar 20ml de hipoclorito de sódio)
- Moldes e Próteses - 0,5 a 1% (para cada litro de água misturar 20ml de hipoclorito de sódio)
- Água do sistema "flush" - 0,05% (para cada 500 ml de água misturar 10ml de hipoclorito de sódio)

**Cuidados com a solução**

- Para a desinfecção utilizar apenas recipientes de plástico ou vidro.
- A solução deve ser preparada diariamente.
- Armazenagem em ambiente fresco, ao abrigo da luz, em embalagens escuras e bem vedadas.

**Obs**.-O Ministério da Saúde contra-indica o uso da água sanitária para a desinfecção de materiais, pois sua concentração NÃO atende às diversas exigências de formulação para os desinfetantes hospitalares (SSSP/1993).

**FENÓIS SINTÉTICOS**

**Indicações**

- Descontaminação.
- Desinfecção de instrumentos semi-críticos e superfícies.
- Limpeza e desinfecção de paredes, pisos, superfícies fixas, em locais de alto risco.

**Vantagens**

- Desinfetantes em imersão e em superfícies.
- Úteis em metais, vidros, borrachas e plásticos (ver: Cuidados).
- Menos tóxicos e corrosivos que o glutaraldeido.

**Desvantagens**

Preparo diário. Podem atacar vidros e plástico com a exposição prolongada. Irritantes para a pele e para os olhos.

**Cuidados**

- Usar luvas para evitar o contato com a pele.
- Em caso de contato com a pele, lavar abundantemente com água e sabão.
- Em caso de contato com os olhos, lavar abundantemente com água e encaminhar ao médico.
- Os fenóis não são recomendados para artigos semi-críticos (látex, acrílico e borracha), devido ao seu efeito residual que impregna nos poros dos materiais, podendo causar irritação de mucosa e tecido, se não sofrerem um enxágue adequado. Não são recomendados para artigos que entram em contato com alimentos nem para berçários devido à sua toxicidade.

**Obs**.- Quando utilizados na desinfecção de superfícies, por não serem voláteis, os fenóis sintéticos se depositam, devendo ser removidos com pano úmido, pois, ao reagir com a umidade, passam a exercer ação antimicrobiana residual.

**ÁLCOOL 70%**

**Indicações**

- Desinfecção de artigos e superfícies.

O álcool evapora rapidamente, assim sendo, os materiais devem ser friccionados na superfície, operação que deve ser repetida até completar o tempo de ação. Friccionar, deixar secar sozinho e repetir três vezes a aplicação, até completar o tempo de exposição de 10 minutos (MS/1994). Não é aconselhável imergir os materiais no álcool, devido à sua evaporação.

**Vantagens**

- Rapidamente bactericida.
- Tuberculocida e viruscida para vírus lipofílico.
- Econômico.
- Ligeiramente irritante.

**Desvantagens**

- Não é esporicida.

- Atividade diminuída em presença de biocarga.
- Atividade diminuída quando em concentração inferior a 60%.
- Corroi plásticos e borrachas.
- Evapora rapidamente das superfícies.
- É inflamável.

**Obs**.: É fundamental observar a concentração do álcool. A presença da água favorece a penetração do álcool nos microrganismos e contribui para sua menor evaporação.

**7. DESINFECÇÕES**

Ao empregar os agentes desinfetantes, utilizar os Equipamentos de Proteção Individual.

**7.1 - DESCONTAMINAÇÃO DE INSTRUMENTAL**

Imergir o material contaminado na solução, por 30 minutos.

**7.2 - DESINFECÇÃO DE INSTRUMENTOS**

Para os instrumentos semi-críticos - somente o glutaraldeído pode fazer a desinfecção de alto nível. Para os instrumentos não críticos - desinfetantes de nível intermediário.

Imergir o material limpo e seco na solução, por 30 minutos, obedecendo aos detalhes apresentados na esterilização química. Depois de desinfetados, os instrumentos devem ser retirados da solução e abundantemente enxaguados para eliminação completa dos resíduos do desinfetante.

**7.3 - DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES**

Empregar desinfetantes de nível intermediário, uma vez que o trabalho odontológico envolve a produção de aerossóis capazes de atingir distâncias de 1,5 a 2 metros.

Verificar se há incompatibilidade entre o detergente usado e o desinfetante.

Nunca deixar o desinfetante em contato com a superfície a ser descontaminada por um período menor que o indicado.

- Quando se emprega agente químico que contenha detergente, deve-se: - limpar a superfície com o produto, para retirar a sujidade, utilizando inclusive ação mecânica; - passar novamente o produto, deixando-o em contato com a superfície por 10 minutos.
- Quando se usa agente químico que não contenha detergente, deve-se: - limpar a superfície com água e sabão ou detergente, para retirar a sujidade; - enxaguar, para eliminar completamente os resíduos do sabão ou detergente; - passar o desinfetante, deixando-o em contato com a superfície por 10 minutos.
- Quando se faz desinfecção de áreas contaminadas - contaminação localizada (com presença de sangue, excreções ou secreções), deve-se: - colocar luva de borracha; - aplicar hipoclorito de sódio a 1%; - deixar agir por 10 minutos; - retirar com papel toalha ou pano velho. Desprezar; - limpar com água e sabão.

**7.4 - DESINFECÇÃO DE MOLDES**

Embora necessária, existe uma preocupação quanto à influência da desinfecção dos moldes sobre a reprodução dos detalhes, a estabilidade dimensional e o grau de umedecimento dos materiais de moldagem. É importante, portanto, a seleção de desinfetante compatível com o material, lembrando que a compatibilidade pode variar com o fabricante.

Atualmente, o hipoclorito de sódio a 1% é o mais usado, devendo ser borrifado sobre a moldagem por alguns segundos. O molde deve permanecer em uma embalagem plástica fechada por 10 minutos.

O glutaraldeído pode ser empregado para a desinfecção de moldes de polissulfeto, silicona e pasta de óxido de zinco e eugenol. O hipoclorito de sódio a 1,0%, para alginato, polissulfeto, silicona, poliéter, hidrocolóide reversível e godiva. Ver que apenas a pasta de óxido de zinco e eugenol não pode sofrer desinfecção pelo hipoclorito de sódio.

**Técnica**

- lavar em água corrente. Remover o excesso de água;
- borrifar a solução de hipoclorito de sódio a 1% por alguns segundos;
- embalar a moldagem por 10 minutos em papel toalha;
- lavar em água corrente abundantemente; e
- vazar a moldagem ou acondicionar no umidificador até que seja vazado o molde.

**Obs**.: A solução desinfetante só pode ser usada uma vez.

No caso do alginato e do poliéter, recomenda-se à técnica na qual, ao invés de mergulhar o molde, borrifa-se o mesmo com o hipoclorito de sódio a 1%, envolve-se com papel toalha umedecido com o desinfetante, deixando-o, a seguir, fechado em saco de plástico com fecho, por 10 minutos. É importante que o papel toalha permaneça úmido. A seguir, lava-se em água corrente, seca-se e vaza-se o molde.

**7.5 - DESINFECÇÃO DE PRÓTESES (ver anexo 3)**

As próteses devem sofrer desinfecção quando são recebidas ou enviadas ao laboratório, durante as várias etapas da confecção. Um aviso: produtos semelhantes de diferentes fabricantes podem exibir compatibilidade diferente a um desinfetante.

Próteses fixas de metal e porcelana são desinfetadas em ácido peracético a 1%.

Próteses totais e removíveis são desinfetadas em hipoclorito de sódio a 1%.

Registros em cera são desinfetados em hipoclorito de sódio a 1%: observar que ele deverá ser borrifado e envolvido em papel toalha umedecida com o desinfetante.

Padrão de cera é desinfetado em hipoclorito de sódio a 1% por meio da técnica de borrifo, coloca-se o padrão de cera no modelo e este envolvido em papel toalha umedecido com o desinfetante.

As restaurações metálicas fundidas deverão ser submersas em ácido peracético a 1% por 10 minutos.

As próteses “inlay” e “onlay” deverão ser desinfetadas com ácido peracético a 1% por 10 minutos.

As coroas provisórias em acrílico deverão ser desinfetadas com hipoclorito de sódio a 1% por 10 minutos.

**Técnica**

- lavar bem em água corrente;
- colocar em recipiente de vidro ou de plástico com tampa ou saco plástico com fecho, contendo o desinfetante, por 10 minutos;

- Enxaguar bem.

**Obs**.: Algumas próteses podem requerer limpeza antes da desinfecção. Esta deve ser feita no consultório, com o uso de instrumentos manuais e/ou limpador ultra-sônico. Para este último, colocar a peça num saco de plástico com fecho ou bequer de vidro com desinfetante e acionar o aparelho por 3 a 10 minutos. Em alguns casos o desinfetante pode ter que ser substituido por um tipo especial de solução para limpeza ultra-sônica.

**8. USO DE BARREIRAS NAS SUPERFÍCIES - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPCs)**

**8.1 - BARREIRAS**

É mais fácil, seguro e correto evitar a contaminação com o uso de barreiras, que descontaminar uma superfície suja, ou tentar eliminá-la depois que ocorreu ou pretender que o processo de desinfecção mate todos microrganismos que se acumularam sobre a superfície desprotegida (SCHAEFER, 1994).

Uma alternativa para a desinfecção das superfícies é o uso de barreiras. A barreira elimina a necessidade de desinfecção entre pacientes, uma vez que evita qualquer contaminação. Todavia, deve ser trocada após cada paciente.

**8.1.1 - ATRIBUTOS DA BARREIRA**

- Baixo custo.
- Impermeabilidade.
- Tamanho suficiente para cobrir completamente a área a ser protegida.

**8.1.2 - MATERIAIS**

- Folha de alumínio.
- Plástico.
- PVC.
- Polipropileno.

**8.1.3 - USO**

Áreas de alto toque e/ou difíceis de limpar/desinfetar:

- interruptor;
- alça do refletor;
- botoneira;
- comandos da cadeira;
- mangueiras;
- cabeça, alça e disparador do raio X.

**9. PROTEÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

**9.1 - BARREIRAS PESSOAIS - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs)**

Art. 36 da Res.15, de 18-1-99: Os estabelecimentos de assistência odontológica devem possuir os seguintes equipamentos de proteção individual: luvas para atendimento clínico e cirúrgico, que deverão ser descartadas após o atendimento a cada paciente; avental para proteção, máscaras de proteção; óculos de proteção e gorro. Todos os professores, alunos, funcionários deverão utilizar os citados equipamentos de proteção individual, independentemente do setor que atuam. Exceção se faz aos funcionários da recepção e coordenação do Curso. Essa recomendação é corroborada por Tipple et al. (2007).

**9.1.1 - LUVAS**

Sempre que houver possibilidade de contato com sangue, saliva contaminada por sangue, contato com a mucosa ou com superfície contaminada, o profissional deve utilizar luvas. Embora as luvas não protejam contra perfurações de agulhas, está comprovado que elas podem diminuir a penetração de sangue em até 50% do seu volume. As luvas não são necessárias no contato social, tomada do histórico do paciente, medição da pressão sanguínea ou procedimentos similares. Luvas não estéreis são adequadas para exames e outros procedimentos não cirúrgicos; luvas estéreis devem ser usadas para os procedimentos cirúrgicos.

**USO**

- Antes do atendimento de cada paciente, o profissional deve lavar suas mãos e colocar novas luvas; após o tratamento de cada paciente ou antes de deixar a clínica, o profissional deve remover e descartar as luvas e lavar as mãos.
- Tanto as luvas para procedimento como as luvas cirúrgicas NÃO devem ser lavadas antes do uso, NEM lavadas, desinfetadas ou esterilizadas para reutilização.
- Não se recomenda a lavagem das luvas, pois pode causar a penetração de líquidos através de furos indetectáveis.
- A deterioração das luvas pode ser causada por agentes desinfetantes, óleos, loções oleosas e tratamentos térmicos, como a autoclavação.
- A lavagem das luvas com antissépticos aumenta tanto o tamanho como o número de orifícios nas luvas e remove o revestimento externo da maioria das luvas comerciais.
- As luvas de látex para exame não foram formuladas para resistir a exposição prolongada às secreções, podendo ficar comprometidas durante procedimentos de longa duração.

**TIPOS**

As luvas estão disponíveis, no comércio, em 5 tipos:

- luvas cirúrgicas de látex estéreis;
- luvas descartáveis de látex;
- luvas descartáveis de vinil;
- Sobre-luvas de PVC;
- luvas para limpeza geral de borracha grossa.

**NORMAS NA UTILIZAÇÃO**

- As luvas NÃO devem ser utilizadas fora das áreas de tratamento.

- As luvas devem ser trocadas entre os tratamentos de diferentes pacientes.
- A parte externa das luvas NÃO deve ser tocada na sua remoção.
- As luvas devem ser checadas quanto a presença de rasgos ou furos antes e depois de colocadas, devendo ser trocadas, caso isso ocorra.
- Se as luvas se esgarçarem ou rasgarem durante o tratamento de um paciente, devem ser removidas e eliminadas, lavando-se as mãos antes de reenluvá-las.
- Se ocorrerem acidentes com instrumentos pérfuro-cortantes, as luvas devem ser removidas e eliminadas, as mãos devem ser lavadas e o acidente comunicado.
- Superfícies ou objetos fora do campo operatório NÃO podem ser tocados por luvas usadas no tratamento do paciente. Recomenda-se a utilização de sobre-luvas ou pinças esterilizadas.
- Em procedimentos cirúrgicos demorados ou com sangramento intenso, está indicado o uso de dois pares de luvas.
- Luvas usadas não devem ser lavadas ou reutilizadas.

**TÉCNICA PARA A COLOCAÇÃO DAS LUVAS ESTERILIZADAS**

- Colocar o pacote sobre uma mesa ou superfície lisa, abrindo-o sem contaminá-lo. Expor as luvas de modo que os punhos fiquem voltados para si.
- Retirar a luva esquerda (E) com a mão direita, pela dobra do punho. Levantá-la, mantendo-a longe do corpo, com os dedos da luva para baixo. Introduzir a mão esquerda, tocando apenas a dobra do punho.
- Introduzir os dedos da mão esquerda enluvada sob a dobra do punho da luva direita (D). Calçar a luva direita, desfazendo a seguir a dobra até cobrir o punho da manga do avental.
- Colocar os dedos da mão D enluvada na dobra do punho da luva E, repetindo o procedimento acima descrito.
- Ajustar os dedos de ambas as mãos.
- Após o uso, retirar as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho, e a segunda pelo lado interno.

**SEQUÊNCIA DE COLOCAÇÃO DAS LUVAS ESTERILIZADAS**

1

2

3

4

5

6

7

8

**9.1.2 - MÁSCARAS**

Durante o tratamento de qualquer paciente, deve ser usada máscara na face para proteger as mucosas nasais e bucais da exposição ao sangue e saliva. A máscara deverá ser descartável e apresentar camada dupla ou tripla, para filtração eficiente.

**NORMAS PARA A UTILIZAÇÃO**

- As máscaras devem ser colocadas após o gorro e antes dos óculos de proteção.
- As máscaras devem adaptar-se confortavelmente à face, sem tocar lábios e narinas.
- Não devem ser ajustadas ou tocadas durante os procedimentos.
- Devem ser trocadas entre os pacientes e sempre que se tornarem úmidas, quando dos procedimentos geradores de aerossóis ou respingos, o que diminui sua eficiência.
- Não devem ser usadas fora da área de atendimento, nem ficar penduradas no pescoço.
- Devem ser descartadas após o uso.
- As máscaras devem ser removidas enquanto o profissional estiver com luvas. Nunca com as mãos nuas.
- Para sua remoção, as máscaras devem ser manuseadas o mínimo possível e somente pelos bordos ou cordéis, tendo em vista a pesada contaminação.
- O uso de protetores faciais de plástico NÃO exclui a necessidade da utilização das máscaras.
- Máscaras e óculos de proteção não são necessários no contato social, tomada da história clínica, medição da pressão arterial ou procedimentos semelhantes.

**9.1.3 - ÓCULOS DE PROTEÇÃO**

**NORMAS PARA A UTILIZAÇÃO**

- Óculos de proteção com vedação lateral ou protetores faciais de plástico, devem ser usados durante o tratamento de qualquer paciente, para proteção ocular contra acidentes ocupacionais (partículas advindas de restaurações, placa dentária, polimento) e contaminação proveniente de aerosóis ou respingos de sangue e saliva.
- Os óculos de proteção também devem ser usados quando necessário no laboratório, na desinfecção de superfícies e manipulação de instrumentos na área de lavagem.
- Óculos e protetores faciais não devem ser utilizados fora da área de trabalho.

**CUIDADOS**

Devem ser lavados e desinfetados quando apresentarem sujidade.

**9.1.4 - AVENTAIS**

Sempre que houver possibilidade de sujar as roupas com sangue ou outros fluidos orgânicos, devem ser utilizadas vestes de proteção, como aventais reutilizáveis ou descartáveis, aventais para laboratório ou uniformes sobre elas.

- Avental não estéril - usado em procedimentos semi-críticos e não críticos, de preferência de cor clara, gola alta do tipo "gola de padre", com mangas que cubram a roupa e comprimento 3/4, mantido sempre abotoado.
- Avental estéril - usado em procedimentos críticos, vestido após o profissional estar com o EPI e ter realizado a degermação cirúrgica das mãos. Deve ter fechamento pelas costas, gola alta tipo "gola de padre", com comprimento cobrindo os joelhos e mangas longas com punho em elástico ou ribana.

**NORMAS PARA A UTILIZAÇÃO**

- O avental fechado, com colarinho alto e mangas longas é o que oferece a maior proteção.
- Os aventais devem ser trocados pelo menos diariamente, ou sempre que contaminados por fluidos corpóreos.
- Os aventais utilizados devem ser retirados na própria clínica e, com cuidado, colocados em sacos de plástico, para o procedimento posterior (limpeza ou descarte). Com essa atitude, evita-se a veiculação de microrganismos da clínica para outros ambientes, inclusive o doméstico.

**9.1.5 - GORROS**

Os cabelos devem ser protegidos da contaminação através de aerossóis e gotículas de sangue e saliva, principalmente quando de procedimentos cirúrgicos, com a utilização de gorros descartáveis, que devem ser trocados quando houver sujidade visível.

**9.1.6. – SAPATOS**

Os sapatos devem ser branco, limpo e proporcionar proteção total do peito dos pés.

**9.2 - LAVAGEM E CUIDADO DAS MÃOS**

A lavagem das mãos deve ser feita entre cada atendimento (Portaria/MS 2616, de 1998), em lavatório exclusivo para este fim, com torneira e dispensador de sabão líquido acionados sem o contato manual (RDC/Anvisa nº 50, de 2002).

**I** - A lavagem de mãos é obrigatória para todos os componentes da equipe de saúde bucal;

**II** - O lavatório deve contar com: a. dispositivo que dispense o contato de mãos com o volante da torneira ou do registro quando do fechamento da água; b. toalhas de papel descartáveis ou compressas estéreis; c. sabonete líquido;

**III** - A limpeza e/ou descontaminação de artigos não deve ser realizada no mesmo lavatório para lavagem de mãos.

**MICROBIOTA DAS MÃOS**

A superfície das mãos é densamente contaminada por microrganismos, distinguindo-se dois tipos de microbiota:

**Microbiota transitória** - constituída por contaminantes recentes adquiridos do ambiente e que ficam na pele por períodos limitados. A população microbiana é extremamente variável, compreendendo tanto microrganismos virulentos, como saprófitas. As bactérias potencialmente patogênicas estão virtualmente todas na superfície cutânea. A maioria desses microrganismos é facilmente removida, quer porque os microrganismos não sobrevivem, quer porque são retirados através da lavagem, juntamente com a sujidade.

**Microbiota indígena** - constituída pelos microrganismos residentes na pele, ou seja, que sobrevivem e se multiplicam na pele e podem ser repetidamente cultivados. São microrganismos como o S.epidermidis, micrococos e difteróides. Além desses microrganismos encontrados nas camadas mais superiores, há um reservatório de bactérias escondidas profundamente na pele. A microbiota residente superficial sai, com as lavagens, em quantidades regulares, enquanto as situadas profundamente, começam a aparecer nas lavagens, em número apreciável, apenas depois de minutos de fricção. Esta observação fortalece a convicção de que é **impossível esterilizar a pele sem destruí-la**.

Em resumo, a maioria das bactérias transitórias patogênicas e não patogênicas são removidas facilmente pela água e sabão. A microbiota restante é melhor atacada por antissépticos químicos adequados. Para máximo efeito, toda sujidade, gordura e qualquer outro material estranho deve ser removido primeiro com água e sabão, de modo a permitir ótimo contato entre o agente químico e as bactérias.

**9.3 - LAVAGEM DAS MÃOS**

Nenhuma outra medida de higiene pessoal tem impacto tão positivo na eliminação da infecção cruzada na clínica odontológica quanto à lavagem das mãos. A lavagem simples das mãos, ou lavagem básica das mãos, que consiste na fricção com água e sabão, é o processo que tem por finalidade remover a sujidade e a microbiota transitória. A água e o sabão removem os microrganismos transitórios adquiridos direta ou indiretamente do contato com o paciente; portanto, antes de procedimentos odontológicos de rotina, como exames e técnicas não cirúrgicas (procedimentos semi-críticos) e após procedimentos críticos, basta a lavagem com sabão líquido comum.

**QUANDO REALIZAR:**

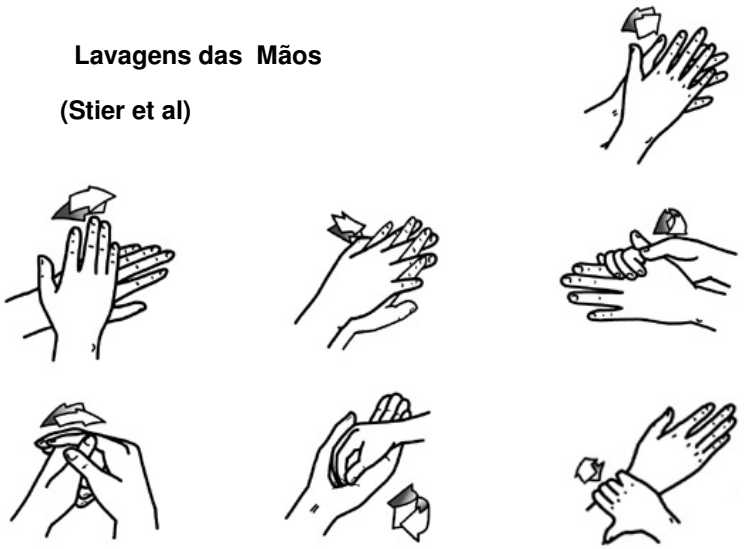
- no início do dia;
- antes e após o atendimento do paciente;
- antes de calçar as luvas e após removê-las;
- após tocar qualquer instrumento ou superfície contaminada;
- antes e após utilizar o banheiro;
- após tossir, espirrar ou assoar o nariz;
- ao término do dia de trabalho.

**TÉCNICA PARA LAVAGEM DAS MÃOS**

- remover anéis, alianças, pulseiras, relógio, fitinhas etc.;
- umedecer as mãos e pulsos em água corrente;
- dispensar sabão líquido com clorexidina a 2% ou 4% suficiente para cobrir mãos e pulsos;
- ensaboar as mãos. Limpar sob as unhas;
- esfregar o sabão em todas as áreas, com ênfase particular nas áreas ao redor das unhas e entre os dedos, por um mínimo de 15 segundos antes de enxaguar com água fria. Dar atenção especial à mão não dominante, para certificar-se de que ambas as mãos fiquem igualmente limpas. Obedecer a sequência:
    - - palmas das mãos;

- - dorso das mãos;
- - espaços entre os dedos;
- - polegar;
- - articulações;
- - unhas e pontas dos dedos;
- - punhos.

- repetir o passo anterior;
- secar completamente, utilizando toalhas de papel descartáveis.




**9.4 - LAVAGEM E ANTISSEPSIA DAS MÃOS**

É o processo utilizado para destruir ou remover microrganismos das mãos, utilizando antissépticos. Realizada antes de procedimentos cirúrgicos e de procedimentos de risco, utiliza antissépticos com detergente ou a lavagem com água e sabão, seguida de antisséptico. O procedimento é basicamente o mesmo descrito na lavagem das mãos.

**SOLUÇÕES UTILIZADAS**

- solução de digluconato de clorexidina a 2 ou 4% com detergente, sendo este usado pelo Curso;
- solução de PVPI 10%, com 1% de iodo livre, com detergente; e
- solução de álcool etílico 70%, contendo 2% de glicerina.

**9.5 - ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS**

É o processo usado para:

- eliminar a microbiota transitória;
- controlar a microbiota residente;
- manter efeito residual por 2 a 6 horas.

O preparo cirúrgico ou degermação cirúrgica das mãos e antebraços (STIERS et al., 1995) deve ser realizado antes de cirurgias e procedimentos invasivos (procedimentos críticos). O tempo necessário para realizar o preparo cirúrgico varia com o tamanho da superfície; porém, para efeito de padronização, recomenda-se um período de 5 minutos. A escovação visa remover microrganismos e sujidades de locais de difícil acesso, como pregas cutâneas e unhas. Deve-se restringir a estes, pelo risco de causar lesões de pele que favoreçam a proliferação microbiana. As escovas devem ser de cerdas macias, descartáveis ou devidamente esterilizadas.

**TÉCNICA**

- retirar jóias das mãos e antebraços;
- prender os cabelos e posicionar corretamente a máscara;
- abrir a torneira e regular a temperatura e fluxo da água;
- lavar as mãos e antebraços com solução degermante. Enxaguar;
- escovar as unhas durante 1 minuto com solução degermante. Desprezar a escova;
- friccionar mãos e antebraços com solução degermante por 4 minutos, seguindo uma sequência sistematizada para atingir toda superfície (tempo total de 5 minutos);
- enxaguar abundantemente as mãos/antebraços com água corrente, deixando escorrer das mãos para os cotovelos;
- secar as mãos e antebraços com compressa estéril;
- vestir avental e luvas estéreis.

**Obs**. Com a utilização de determinados produtos, como o digluconato de clorexidina, por exemplo, a escovação das mãos por 3 a 4 minutos é tão eficiente quanto à escovação por 5 minutos (AORN, 1995).

Apesar de numerosos estudos, a técnica e o tempo requeridos para a escovação cirúrgica mais efetiva ainda estão sendo discutidos, não havendo um procedimento isolado que seja aceito por todos os cirurgiões.

**9.6 - CUIDADOS COM AS MÃOS**

- Limpar sob as unhas. As unhas são áreas comuns para impacção de sangue e este sangue não é facilmente removido pelas técnicas de lavagem das mãos. Portanto, devem ser mantidas curtas e palitos de plástico ou de madeira podem ser utilizados para limpá-las.
- Em presença de lesões exsudativas ou dermatite úmida em qualquer área da pele exposta, evitar o contato com pacientes e o manejo de qualquer equipamento usado para o tratamento, até a resolução do problema.
- As mãos devem sempre ser secas completamente. A secagem adequada pode ser o primeiro passo na prevenção de irritações na pele.
- Escolher produto com pH semelhante ao da pele. Em pH 5,5-6,5, a camada córnea é um material forte, impermeável e liso. Em pH maior (8-9), exibido por alguns sabões, após múltiplas lavagens a alcalinidade altera o pH da superfície da pele, resultando em aspereza e vermelhidão, a queratina se torna fraca e a superfície rugosa e relativamente porosa.
- Sempre que realizar trabalho extra-clínica, que possa prejudicar as mãos, usar luvas domésticas de borracha.
- Proteger os cortes ou abrasões nas mãos ou antebraços com curativo impermeável antes do trabalho em consultório.
- Utilizar hidratantes ao final das atividades diárias.

**10. ACIDENTES DE TRABALHO (MS,1999)**

Segundo o Ministério da Saúde (1999), os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de *emergência médica*, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite-B necessitam ser iniciado logo após a ocorrência do acidente, para sua maior eficácia.

O risco médio de se adquirir o HIV é de, aproximadamente, 0,3% após exposição percutânea, e de 0,09% após exposição mucocutânea. Esse risco foi avaliado em situações de exposição a sangue; o risco de infecção associado a outros materiais biológicos é inferior, ainda que não seja definido. O risco de transmissão após exposição da pele íntegra a sangue infectado pelo HIV é estimado como menor do que o risco após exposição mucocutânea.

Um estudo caso-controle, com o uso profilático do AZT (zidovudina), demonstrou uma associação entre o uso de quimioprofilaxia e a redução de 81% do risco de soroconversão após exposição ocupacional. Atualmente, o uso combinado de anti-retrovirais é recomendado pela sua possibilidade de maior eficácia na redução do risco de transmissão ocupacional do HIV, embora isto ainda não tenha sido comprovado em estudos clínicos.

A probabilidade de infecção pelo vírus da hepatite B após exposição percutânea é significativamente maior do que a probabilidade de infecção pelo HIV, podendo atingir até 40%, em exposições onde o paciente-fonte apresente sorologia AgHBs reativa. Para o vírus da hepatite C, o risco médio é de 1,8%; dependendo do teste utilizado para diagnóstico da hepatite C, o risco pode variar de 1 a 10%.

No Brasil, a utilização da vacina para hepatite B é recomendada para todos os profissionais de saúde. Após exposição ocupacional a material biológico, mesmo para profissionais não imunizados, o uso da vacina, associado ou não a gamaglobulina hiperimune para hepatite B, é uma medida que, comprovadamente, reduz o risco de infecção.

Não existe, no momento, intervenção específica para prevenir a transmissão do vírus da hepatite C após exposição ocupacional, daí enfatizar-se os cuidados para evitar os acidentes.

O Cirurgião-Dentista deve ser imunizado contra a hepatite B; febre amarela; sarampo caxumba e rubéola (tríplice viral); tuberculose (BCG); difteria e tétano (dupla adulto); influenza e pneumococos.

Esquema vacinal da hepatite B

O esquema de vacinação para indivíduos adultos consiste na aplicação por via intramuscular de três doses, contendo 10 microgramas de antígeno viral (HBsAg) por dose. O intervalo entre a primeira e a segunda dose é de um mês e entre a primeira e a terceira, de seis meses. Entre seis semanas e 6 meses após completar-se a série de vacinas um teste sorológico é recomendado pra confirmação da imunidade.

**10.1 - PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

- As agulhas não devem ser reencapadas pelas mãos, nem dobradas ou quebradas intencionalmente. Se um paciente precisar de múltiplas injeções de anestésico de uma única seringa, a agulha pode ser reencapada pela técnica de deslizar a agulha para dentro da tampa deixada sobre uma superfície (bandeja do instrumental ou mesa auxiliar).
- Durante o trabalho, a passagem das seringas sobre o paciente deve ser minimizada ou totalmente eliminada, se possível.
- Manusear com o máximo cuidado objetos pérfuro-cortantes, como bisturis, curetas e exploradores, para evitar cortes e arranhões.
- Não colocar objetos contaminados nos bolsos dos uniformes.
- Usar diques de borracha e sugador de alta potência sempre que possível.
- Não tocar olhos, nariz, boca, máscara ou cabelo durante o atendimento do paciente.
- Não se alimentar, beber nem fumar na clínica.

**10.2 - CONDUTA APÓS EXPOSIÇÃO ACIDENTAL (SESSP,1999)**

Após acidente com pérfuro-cortante, serão adotadas as seguintes condutas:

- Cuidados locais.
- Notificação.
- Avaliação do acidente: material biológico envolvido; tipo de acidente; situação sorológica do paciente-fonte em relação ao HIV; situação do paciente-fonte com relação aos vírus da hepatite B e C; coleta de material e seguimento clínico/laboratorial do profissional acidentado.

**11. CONDUTA APÓS ACIDENTE COM INSTRUMENTAL PÉRFURO-CORTANTE NO CURSO DE ODONTOLOGIA DE BARRETOS**

Tendo em vista a política atual da Saúde, de considerar todo paciente (independente da idade) como portador de vírus patogênicos em seu sangue, com possibilidade de transmiti-los, e a recomendação da profilaxia anti-viral idealmente dentro de duas horas do acidente com instrumentos pérfuro-cortantes contendo sangue, a Comissão de Biossegurança do Curso de Odontologia de Barretos, estabelece a seguinte conduta após acidente com instrumento pérfuro-cortante de alunos, professores e funcionários nas clínicas, com a finalidade de agilizar o atendimento.

Para que essa conduta flua adequadamente é preciso que TODOS tomem conhecimento dela; que a COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES esteja bem visível nas Clínicas e que as fichas dos pacientes tenham o ENDEREÇO COMPLETO.

**O QUE SE DEVE FAZER APÓS O ACIDENTE**

- Se o acidente ocorrer na pele, lavar abundantemente com água e sabão, ou com o antisséptico (clorexidina a 2%); se na mucosa, lavar abundantemente com água ou soro fisiológico. Evitar o uso de substâncias irritantes como hipoclorito de sódio ou éter e não provocar maior sangramento do local lesado, por serem atitudes que aumentam a área lesada e, consequentemente, a exposição ao material infectante.
- Comunicar imediatamente ao professor orientador/responsável pela disciplina (VER FLUXOGRAMA).

**PROFESSOR RESPONSÁVEL (OU SUBSTITUTO)**

- Encaminhar o aluno para Assistente Social para preencher uma Comunicação de Acidente (CA) em 2 vias (paciente e para o Curso de Odontologia) (anexo 1) em duas vias, uma para ser arquivada e ficar disponível por no mínimo 5 anos, e outra, para que o acidentado procure o Serviço de Assistência Especializada – DST/Aids – Casa Rosa: Av. Jerônimo Alves Pereira n.º 490, Fone: 33229658 (7:00 as 17:00h) e ou Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia nos demais horários (Rua 28 entre as avenidas 23 e 25 fone 3321-2500), identificando o tipo do ferimento e a região atingida. (Dependendo da gravidade da lesão, o acidentado deverá ser encaminhado diretamente ao Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia para os primeiros socorros). A comunicação deverá ser preenchida mesmo que o acidentado não queira ser encaminhado ao Serviço Especializado. Neste caso, assinará sua desistência, em "**Observações**". Lembrar que o arquivamento da segunda via da CA é obrigatório.
- O aluno deverá assinar também um Termo Circunstancia e Esclarecido se aceita ou não ser encaminhado para o Serviço de Assistência Especializada – DST/Aids ou Santa Casa de Misericórdia. Anexo 2.
- A Assistente Social deverá acompanhar o acidentado ao Serviço Assistência Especializada – DST/Aids – CASA ROSA (Av. Jerônimo Alves Pereira n.º 490, fone 3322-9658) durante o horário das 7:00 as 17:00 e nos demais horários o Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia (Rua 28 entre as avenidas 23 e 25 fone 3321-2500), solicitando a comunicação do médico responsável pelo serviço de Infectologia

da SANTA CASA. O acidentado deverá sempre ter esse acompanhamento, como auxílio psicológico, o que tem sido feito pela psicóloga da CASA ROSA.

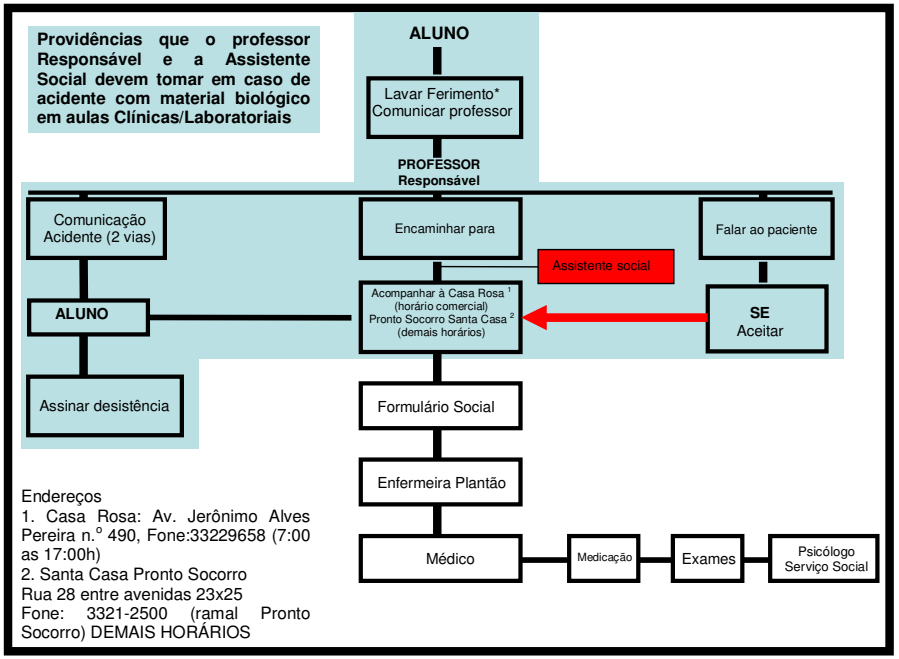
- Conversar com o paciente, explicando o que acontecerá com o aluno frente ao ocorrido, e solicitar sua colaboração no sentido de submeter-se à colheita de sangue, para os exames sorológicos necessários. SE ELE CONCORDAR informar que deverá procurar o Serviço Assistência Especializada – DST/AIDS – CASA ROSA (Av. Jerônimo Alves Pereira n.º 490) durante o horário comercial, para que ele procure o Setor na manhã seguinte (entre 8:00 e 8:45 hs), em jejum. Frise-se que o exame não é compulsório, não sendo possível exigir que o paciente o faça. Em caso do acidente ocorrer após a liberação do paciente, entrar em contato o mais breve possível com ele para pedir sua colaboração.
- O Professor Responsável da disciplina e a Assistente Social deverá informar ao aluno sobre a importância da notificação do acidente e o motivo pelo qual deverá se deslocar até o Serviço de Assistência Especializada – DST/AIDS (Anexo 2). Arquivar esta via.
- Nota: todo acidente com exposição percutânea ou permucosa com sangue ou fluido corpóreo de qualquer paciente deve receber cuidados imediatos.
- **VIDE FLUXOGRAMA**.

**ATENÇÃO:**

Se o acidente ocorrer após a saída dos professores, o aluno comunicará ao funcionário da clínica, que entrará em contato com a Assistente Social ou professor orientador ou responsável da disciplina.

**FINAL**: A seriedade com que se encara atualmente os acidentes em clínica nos leva a redobrar nossa atenção. Atente-se prioritariamente para a execução de uma anamnese bem feita, a vacinação contra a hepatite B, o manuseio cuidadoso dos pérfuro-cortantes e a limpeza do instrumental com luva de borracha grossa.

FLUXOGRAMA




**12. RECOMENDAÇÃO PARA PROFILAXIA DE HEPATITE B PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EXPOSTOS A MATERIAL BIOLÓGICO.**

**12.1 - PACIENTE Ag HBs POSITIVO OU DESCONHECIDO COM RISCO** (pacientes politransfundidos, com cirrose, em hemodiálise, HIV+ ou usuário de drogas):

**Profissional: Não vacinado ou com vacinação incompleta**
1 dose de Imunoglobulina Humana contra Hepatite B (HBIG) o mais precocemente possível até 7 dias após o acidente, e iniciar esquema vacinal ou completar vacinação.

**Profissional: Vacinado, com resposta adequada (anti-AgHBs ?10 UI/ml)**
Não imunizar.

**Profissional: vacinado, sem resposta adequada (anti-AgHBs ?10UI/ml)**
1 ou 2 doses de HBIG (apenas para as pessoas que mesmo após a revacinação continuem sem resposta adequada, e Revacinar, dando novamente as 3 doses da vacina.

**Profissional: vacinado, resposta não conhecida**
Fazer o teste para anti-Ag HBs. Na impossibilidade de fazer o teste, tratar o profissional acidentado com 1 dose de HBIG + 1 dose de vacina contra a Hepatite B. Se o teste mostrar resposta adequada, NÃO IMUNIZAR. Se o teste mostrar resposta inadequada, 1 ou 2 doses de HBIG e revacinar, dando novamente as 3 doses da vacina.

**12.2 - PACIENTE FONTE COM Ag HBs DESCONHECIDO E SEM RISCO**

**Profissional: não vacinado ou vacinação incompleta**
Iniciar esquema vacinal, com a primeira de 3 doses ou completar esquema vacinal.

**Profissional: vacinado, com resposta adequada**
NÃO IMUNIZAR.

**Profissional: vacinado, sem resposta adequada**
Revacinar, com as tres doses.

**Profissional: vacinado, com resposta não conhecida**
Fazer o teste para anti-AgHBs. Na impossibilidade de fazer o teste, tratar o profissional acidentado com 1 dose de vacina contra a hepatite B.
Se o teste mostrar resposta adequada, NÃO IMUNIZAR.
Se o teste mostrar resposta inadequada, revacinar, dando as 3 doses.

**12.3 - PACIENTE FONTE COM Ag HBs NEGATIVO**

**Profissional: não vacinado ou vacinação incompleta**
Iniciar esquema vacinal ou completar esquema vacinal

**Profissional: vacinado, com resposta adequada**
NÃO IMUNIZAR.

**Profissional: vacinado, sem resposta adequada**
Revacinar com as 3 doses.

**Profissional: vacinado, com resposta não conhecida**
NÃO IMUNIZAR.

**13. CUIDADOS EM RADIOLOGIA**

É comum pensar que a radiação emitida por um equipamento de consultório odontológico é muito pequena e, portanto, "inofensiva". No entanto, lembramos que, em radioproteção, devem ser considerados o tempo de exposição, a distância em relação à fonte e a blindagem. Outro detalhe é que danos à saúde, provenientes da exposição à radiação, podem se manifestar em longo prazo, o que reforça, nos profissionais, a postura negligente.

Os consultórios odontológicos que possuem aparelhos de raio-x devem atender às disposições da Portaria SVS/MS nº 453, de 1998, dentre elas: uso de avental de chumbo e protetor de tireóide, proteção para o profissional (tais como: avental, distância e biombo), uso de dosímetro pelo dentista e condições adequadas para a revelação.

## Orientação para o procedimento radiográfico

- Usar sempre luvas durante as tomadas radiográficas.
- Proteger com barreiras (sacos plásticos ou filmes de PVC ou plástico), as partes do aparelho de raios X que forem tocadas durante as tomadas radiográficas.
- O cabeçote do aparelho poderá ser desinfetado com álcool 70.
- O botão disparador do aparelho deverá ser coberto com saco plástico ou envolto com filme de PVC.
- Proteger as bancadas com toalhas de papel descartáveis e nelas colocar os acessórios durante as tomadas radiográficas. Poderá ser feita a desinfecção das bancadas com álcool 70, se ocorrer contaminação com a saliva do paciente.
- Envolver filmes e posicionadores com barreiras, como sacos plásticos. Para embalar o posicionador e o filme, usar saco plástico com dimensão de 10 x 15cm. Quando for só o filme, as dimensões podem ser de 8 x 11 cm, 7 x 11 cm ou 6 x 24 cm. O selamento do envoltório poderá ser feito com fita adesiva.
- Depois da tomada radiográfica, descartar o saco plástico e, com pinça clínica, ou através do auxiliar, remover o filme do posicionador e colocá-lo em uma toalha de papel ou copo descartável. NUNCA tocar no filme com luvas contaminadas pela saliva do paciente. Se isso ocorrer, fazer a desinfecção do filme com gaze embebida em álcool 70, friccionando as faces do filme por 30 segundos. Se o posicionador for usado sem o plástico, deverá ser lavado e colocado no Detergerm por 10 minutos.
- Quando não for possível usar o posicionador e o filme embalados com plástico, o operador deverá solicitar a ajuda de um auxiliar para posicionar o cilindro localizador. Nos casos em que o operador estiver sozinho, deverá cobrir o cabeçote do aparelho e o botão disparador com plástico. Os posicionadores (mesmo usados com plástico) após o uso deverão ser lavados com água e detergente.
- Os filmes somente poderão ser levados para o processamento na câmara escura ou nas caixas de revelação, se estiverem livres de contaminação.
- Antes do processamento das radiografias, o operador deve remover as luvas e levar os filmes para a câmara escura em copo descartável ou toalha de papel.
- Filmes e posicionadores devem ser armazenados em local limpo e desinfetado.
- As bancadas das câmaras escuras ou as caixas de revelação deverão ser desinfetadas ao final do dia com álcool 70 ou hipoclorito de sódio 1%.

**14. CUIDADOS NO LABORATÓRIO DE PRÓTESE** (Miller; Pallenik)

**DESGASTE E POLIMENTO**

O trabalho laboratorial em moldes, aparelhos e próteses só deve ser realizado sobre material desinfetado. O envio de dispositivos não desinfetados para o laboratório cria condições para a infecção cruzada.

**FRESAS E PEDRAS**

Todas as fresas e pedras usadas no laboratório devem ser esterilizadas antes do uso e empregadas para material de um único paciente, antes de serem esterilizadas novamente.

**TORNOS E VENTILAÇÃO**

O trabalho com o torno odontológico tanto pode causar uma difusão da infecção, como injúria. A ação rotatória dos discos, pedras e tiras gera aerossóis, respingos e projéteis. Sempre que o torno for usado, deve-se colocar óculos protetores, abaixar o protetor de plexiglass e acionar o sistema de ventilação. É altamente recomendado o uso de máscara. TODOS os acessórios, como pedras, discos de pano e tiras devem ser esterilizados entre usos ou jogados fora. O torno deve ser desinfetado duas vezes ao dia.

**PEDRA-POMES**

Para cada paciente devem ser usados pedra-pomes e forradores de bandeja novos. O baixo custo da pedra-pomes e a comprovada contaminação bacteriana presente na pedra-pomes reutilizadas PROIBE usos múltiplos.

**POLIMENTO**

Se o material a ser polido foi preparado assepticamente, são mínimos os riscos de infecção. Para evitar a difusão potencial de microrganismos, contudo, todos os agentes para polimento devem ser retirados em pequenas quantidades dos reservatórios grandes. O material não usado não deve retornar ao estoque central, mas sim, eliminado. A maioria dos acessórios para polimento é de uso único, descartável. Os itens reutilizáveis devem ser, se possível, ou esterilizados ou desinfetados entre usos. A desinfecção pode ser feita com ácido peracético a 1%.

**CASOS INTERMEDIÁRIOS**

Tanto as próteses parciais como as totais passam por um estágio intermediário de experimentação em cera. Coroas, pontes esplintadas e armação de próteses parciais frequentemente são testadas antes da cimentação ou soldagem. Elas devem ser desinfetadas antes de serem devolvidas ao laboratório. Na maioria dos casos, os procedimentos são os mesmos descritos para o trabalho terminado.

**15. MANEJO DE BIÓPSIAS**

- A biópsia deve ser colocada em frasco resistente contendo formol a 10%, com tampa segura, identificar o nome e o número do paciente, e transportadas em saco plástico ao laboratório.
- Tomar cuidado durante a colheita, para evitar a contaminação externa do frasco.
- Se ocorrer contaminação externa do frasco, fazer a limpeza e desinfecção.

**16. DENTES EXTRAÍDOS**

Devolver ao paciente, se ele o desejar. Se o dente extraído for considerado "lixo patológico humano", não poderá ser devolvido ao paciente e sim eliminado no recipiente para pérfuro-cortantes. No caso de usá-los no ensino, observar a rotina exposta a seguir:

- Os dentes extraídos devem ser considerados infectantes e classificados como amostras clínicas, pois contêm sangue. Usar EPI.
- As pessoas que coletam, transportam ou manipulam dentes extraídos, devem manejá-los com os mesmos cuidados tomados com as biópsias.
- Antes da manipulação, os dentes devem ser desinfetados em glutaraldeído a 2% ou hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos, e depois livrados do material aderente, através de escovação com detergente e água.
- Depois de limpos, os dentes devem ser autoclavados. Dentes com restaurações de amálgama não podem ser autoclavados (o mercúrio seria liberado ao aquecimento, criando um risco químico), devendo ser tratados com solução de glutaraldeído por 10 horas e lavados com água de torneira.
- A superfície de trabalho e os equipamentos devem ser limpos e desinfetados após o término dos trabalhos, ou então fazer uso de barreiras.

**Obs**.: Para outras utilizações, pesquisa por exemplo, os procedimentos propostos devem ser reavaliados para que não interfiram na metodologia utilizada.

**17. CUIDADOS COM O LIXO**

Os consultórios odontológicos devem seguir as disposições da RDC/Anvisa nº 306, de 2004, a saber:

Material infectante (resíduo biológico) deve ser descartado em lixeira com tampa de acionamento por pedal e saco plástico branco leitoso.

Perfuro-cortantes devem ser acondicionados em recipientes rígidos e com tampa, respeitando-se o limite de preenchimento, indicado na caixa. Lembramos que o descarpack não deve ficar no chão nem sobre a bancada da pia, onde está sujeito ao contato com água.

Os reveladores e glutaraldeído podem ser submetidos a processo de neutralização do pH (seguir orientações do fabricante), sendo, posteriormente, lançados na rede coletora de esgoto.

Resíduos de amálgama devem ser acondicionados em recipientes inquebráveis e hermeticamente fechados, sob selo d'água. Posteriormente, devem ser encaminhados para recuperação da prata. A tal processo de recuperação também devem ser submetidos fixadores e películas radiográficas.

A organização de um sistema de manuseio eficiente do lixo começa com a segregação do lixo infectante daquele que não o é, no local onde é gerado.

Deve-se classificar como lixo potencialmente infectante, instrumentos afiados como agulhas, lancetas, bisturis ou vidro quebrado contaminado, sangue e fluidos corporais, bem como materiais pesadamente contaminados com eles.

A destinação do lixo gerado no Curso de Odontologia segue as normas da Resolução 15, da SSSP - capítulo XVII, artigos 69 a 75, havendo uma Comissão específica para isso.

- Os objetos pérfuro-cortantes, tais como agulhas, lâminas de bisturi, brocas, pontas diamantadas, limas endodônticas, devem ser descartados em recipientes vedados, rígidos, e identificados com a simbologia de risco biológico. Após seu fechamento, devem ser acondicionados em saco branco leitoso, preenchido até 2/3 de sua capacidade, para evitar vazamentos. Nunca tentar descartar um objeto pérfuro-cortante, num recipiente cheio demais.
- Durante o uso, os recipientes para pérfuro-cortantes devem ficar facilmente acessíveis, localizados no local de geração, mantidos sempre na posição vertical.
- Todo o material descartável, como sugadores, tubetes de anestésico, máscaras, luvas, gazes, algodão etc. deve ser desprezado em sacos de plástico branco e impermeável, com rótulo de "contaminado".
- O lixo infectante gerado nas clínicas deve ser transportado, em carrinhos fechados, até o local para guarda desses resíduos, onde será mantido em condições perfeitamente higiênicas até ser transportado pelo Serviço de Coleta Seletiva da Prefeitura Municipal de Barretos.
- Os restos de mercúrio deverão ser mantidos em recipientes rígidos, vedados por tampa rosqueável, contendo água no seu interior e, posteriormente, enviados para usinas de reciclagem.
- Os resíduos comuns deverão ser embalados em sacos plásticos para lixo doméstico.

**18. CUIDADOS COM A ÁGUA E O AR**

**18.1 - CAIXAS D'ÁGUA**

A limpeza das caixas d'água será feita a cada 6 meses.

**Pontos a observar na manutenção das caixas d'água** (STIERS et al.,1995)

- Avaliação das condições gerais.
- Funcionamento e estado das bóias.
- Registros.
- Bombas de recalque.
- Infiltrações.
- Impermeabilização.
- Controle de qualidade da água.

**Limpeza da caixa d'água** (SSPR, in STIERS et al., 1995)

- Fechar o registro de entrada de água da caixa.
- Esvaziar a caixa abrindo todas as torneiras e dando descarga nos banheiros.
- Com a caixa vazia, friccionar as paredes com escova limpa ou bucha, para remover as crostas e sujeiras; pode-se usar hipoclorito de sódio a 2% para esse procedimento.
- Escoar a sujeira, abrir o registro e encher novamente a caixa. Se o resíduo for muito grosso e a caixa não tiver tubulação própria para o escoamento, remover com a mão o resíduo mais grosso para evitar entupimentos.

- Com a caixa cheia, acrescentar hipoclorito de sódio a 2%, nas seguintes proporções: capacidade de 200 - 250 litros: 1/2 litro capacidade de 500 litros: 1 litro capacidade de 1000 litros: 2 litros
- Abrir as torneiras e deixar escoar a água até sentir o cheiro de hipoclorito, fechar imediatamente, permitindo também a desinfecção da tubulação.
- Depois de duas horas, fechar novamente o registro de entrada e esvaziar a caixa por todas as torneiras: esta água não se presta para o uso.
- Se o cheiro de hipoclorito estiver muito forte, encher e esvaziar novamente a caixa. Fechar com a tampa e verificar se ficou bem vedada. Isto diminuirá o risco de que pequenos animais e suas excretas penetrem na caixa, contaminando-a.
- Usar normalmente a caixa.

**18.2 - AR**

**Do equipo**

Para filtração do ar do equipo nos compressores de ar é recomendado o uso de filtros coalescentes de grau 2, para partículas de até 0,001 mm.

**Do ambiente**

Todos os ambientes públicos, incluindo-se hospitais e demais estabelecimentos de saúde, que utilizem aparelhos de ar condicionado, devem estar em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle, ou seja, a limpeza de bandejas, serpentinas, umidificadores, ventiladores e dutos devem seguir rigorosamente o manual de instrução de cada fabricante. As regras fazem parte da Portaria no. 3523, de 28/08/1998, do Ministério da Saúde, promulgada com a finalidade de acabar com a "síndrome dos edifícios doentes".

**19. NORMAS DE PREVENÇÃO NA CLÍNICA**

**A . Medidas de proteção pessoal**

Utilização de gorro, máscara, óculos de proteção, luvas descartáveis, cirúrgicas ou de procedimento, e avental (além do uniforme branco total) para o atendimento e/ou orientação de procedimentos clínicos.
**Obs**.: É Terminantemente proibido o uso de máscara e luvas fora das clínicas.

**B. Rotina para procedimentos clínicos**

1. Esterilizar, na Central de Esterilização, tudo o que possa ser esterilizado.
2. Trazer para a clínica ou consultório somente o material e instrumental necessário. Não serão permitidos outros itens, como bolsas, cadernos, etc.
3. Colocar os pacotes sob a mesa auxiliar.
4. Antes da Introdução do Paciente
    - Lavar as mãos e calçar as luvas de borracha.
    - Acionar as tubulações de água (alta-rotação, seringa tríplice) por 30 segundos.
    - Desinfetar com gaze ou algodão embebido em álcool a 70% (friccionar o álcool, esperar secar e repetir a operação 3x), as seguintes partes do equipo:
        - pontas do alta-rotação e micro-motor
        - seringa de ar-água
        - alça do refletor
        - controle de manobra da cadeira
        - cadeira
        - pontas de sucção
        - bandeja de aço inox (se houver)
        - tampo da mesa operatória
    - Lavar e retirar a luva de borracha
    - Lavar novamente as mãos
    - Estender o campo operatório sobre a mesa operatória e descarregar o instrumental esterilizado, usando pinça estéril. Recobrir com o campo do paciente.
    - Colocar o sugador, e os protetores da seringa tríplice e o comando e alavanca da cadeira do refletor.
5. Introduzir o paciente na clínica ou consultório.
6. Ajustar a cadeira e o encosto de cabeça.
7. Colocar gorro no paciente, no caso de cirurgia, e o campo.
8. Checar o prontuário do paciente, fazendo as anotações necessárias.
9. Remover o prontuário do local.
10. Colocar 15 ml de enxaguatório bucal (cepacol, listerine, etc.) no copinho para o paciente bochechar antes do atendimento.
11. Realizar a antissepsia extra bucal com clorexidina 2%.
12. Realizar a desinfecção dos tubetes de anestesia e sugadores descartáveis friccionando gaze embebida em clorexidina 2% com movimentos em direção única por 3 vezes.
13. Colocar máscara e óculos com proteção lateral.
14. Lavar as mãos e calçar as luvas para atendimento.
15. Iniciar o trabalho de atendimento ao paciente.
16. Terminado o tratamento, dispensar o paciente, descartar as luvas de atendimento, lavar as mãos e calçar luvas de borracha.

**C. Cuidados com o material utilizado**

**C.1. Material reutilizável**: campos e aventais Esse material deve ser colocado nos recipientes nas clínicas e do Curso (sacos plásticos), para encaminhamento à lavanderia).

**C.2. Material descartável**:

**C2.1.**Agulhas, lâminas de bisturi e outros materiais pérfuro-cortantes, deverão ser armazenados em um recipiente de paredes rígidas.

**C2.2.**Gaze, algodão, sugador, pontas plásticas etc. Deverão ser colocados em saco plástico resistente utilizado como porta-resíduos preso por fita adesiva à mesa auxiliar.

**D. Instrumental**

**D.3.1.**Com luva grossa de limpeza, lavar na pia de inox (nunca na pia para lavagem as mãos) o instrumental utilizado previamente imerso no detergente desincrustante ou detergente enzimático (para cada litro de água colocar 10 gramas de detergente), removendo eventuais sujidades com escova. Secar bem. Acondicionar em caixa de inox. Encaminhar para central de esterilização.

**D.3.2.**Remover e lavar os óculos de proteção. Remover e descartar a máscara.

**D.3.3.**Remover, lavar e desinfetar as luvas de borracha. Lavar as mãos.

**Obs**.: Qualquer manipulação extra-paciente deverá ser feita pela auxiliar ou sobrepondo luva de plástico (sobreluva) à luva de atendimento.

**20. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. AIDS - Manual sobre manifestações bucais e controle de infecção. GT AIDS. Rede CEDROS. 1992. |Cadernos de Saúde Bucal, 3|

2. ALVES-REZENDE, M.C.R.; LORENZATO, F. Efeito da desinfecção por aerossóis sobre a capacidade de umedecimento de moldes de poliéter por gesso tipo IV. Rev Odont Univ São Paulo, 1999; 13(4): 363-7.

3. ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES. Standards Recommended Practices. AORN, Denver, 1995.

4. BLOCK, S.S.(ed.) Disinfection, sterilization, and preservation. 4. ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1991.

5. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde. Brasília,1994.

6. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENACÃO NACIONAL DE DST E AIDS. Manual de condutas - exposição ocupacional a material biológico: hepatite e HIV. Brasília, 1999.

7. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCOS/ Ministério da Saúde – Brasília, 2006. 156p.

8. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Recommended Infection-Control Practices for Dentistry. Reprinted from Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports, vol. 41, n. RR-8, p.1-12. 1993.

9. COTTONE, J.A. et al. Practical infection control in Dentistry. Philadelphia, Williams-Wilkins,1991.

10. EAGER,J.; BLACK, J.G.; DAVISON,V.E. Microbiology. Englewoods Cliffs, Prentice Hall, 1990.

11. AL BEN, L.W.; MOURA, M.L.P. Prevenção e controle de infecção hospitalar para enfermeiros. São Paulo, SENAC. 1995.

12. FÁVERO,M.; BOND,W. Sterilization, disinfection and antisepsis in the hospital. in: BALOWS, A. et al. Cap.24: Manual of clinical microbiology. 5.ed. Washington, ASM, 1991.

13. FERREIRA, E.L. et al. Avaliação do efeito dos processos de esterilização e desinfecção em brocas de aço carbono e aço carbide associadas ou não ao uso de lubrificantes. Rev ABO São Paulo 2001; 8(6):375-81.

14. GUIMARÃES,A.M. Manual de recomendações de uso de soluções germicidas. Botucatu, HCFMB/UNESP, 1996.

15. GOLDENBERG,S.; BEVILACQUA, R.G. Bases da cirurgia. São Paulo, EDUSP, 1981.

16. INFECTION CONTROL PROTOCOL. J Cal Dent Assoc. 19890; 13:13-14.

17. LARSON, E. APIC Guidelines for infection control practice. Amer J Infect Control 1995; 23: 251-269.

18. MILLER,C.H.; PALENIK, C.J. Sterilization, disinfection, and asepsis in Dentistry. Cap.39, in: BLOCK,S.S.4, p.676-695. 17-MOLINARI, J.A. Handwashing and hand care: fundamental asepsis requirementes. Compendium 1995; 16: 834-5.

19. MOLINARI, J.A. Practical infection control for the 1990's. New Orleans, American Dental Association, 1994.

20. MONTEIRO, A.L.C.; RUIZ,E.A.C.; PAZ, R.B. Recomendações e condutas após exposição ocupacional de profissionais de saúde. Bol Epidem. 1999; 17(1): 3-11.

21. PORDEUS, I.A. et al. Controle de infecção cruzada em Odontologia. Normas mínimas exigidas. Uma proposta. In: Simpósio de Biossegurança, 1, Belo Horizonte, Anais. 1992.

22. MUSSI, A.T.; ZANI, I.M.; VIEIRA, L.C.C. Normas de biossegurança. Florianópolis, UFSC, 1999.

23. PORTO ALEGRE, PREFEITURA MUNICIPAL. Manual de biossegurança para estabelecimentos Odontológicos. Porto Alegre, PMPA, 1998.

24. SÃO PAULO, SECRETARIA DA SAÚDE - CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Portaria CVS-11, de 4-7-1995, D.O. de 5-7-1995.

25. SÃO PAULO, SECRETARIA DA SAÚDE. Biossegurança. Atualidades em DST/AIDS. Junho. 1998.

26. SÃO PAULO, SECRETARIA DE SAÚDE. Resolução nº 374, de 15-12-95, D.O. de 16-12-95.

27. SÃO PAULO, SECRETARIA DA SAÚDE. Resolução no 15, de 18-1-99, D.O. de 20-1-99.

28. SOUZA, A.C.S.; BENTO,D.A.; PIMENTA,F.C. Rotina de procedimentos de descontaminação das clínicas da ABO-GOIÁS. 2. ed. Goiânia, ABO, 1998.

29. STIERS, C.J.N. et al. Rotinas em controle de infecção hospitalar. Curitiba, Netsul, 1995.

30. TEIXEIRA,P.; VALLE, S. Biossegurança. Uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

31. TIPPLE, A.F.V. Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização: disponibilidade, uso, e fatores intervenientes à adesão. Cienc Cuid Saúde 2007; 6(4):441-448.

32. UNIVERSITY OF MICHIGAN. Infection control manual and exposure control plan. 1994-1995.

33. WOOD, P.R. Cross infection control in Dentistry. London, Wolfe,1992.

34. WILLET,N.P.; WHITE, R.R.; ROSEN,S. Essential dental microbiology. Norwalk, Appleton-Lange, 1991.

35. Programa Estadual de DST/AIDS da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Biossegurança – Atualidades em DST/AIDS. 2ª ed., São Paulo, 2003.

36. KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T. (Organizadores). Ergonomia e Biossegurança em Odontologia. MORITA, M.C. (Coordenadora); NARESSI, W.G.; NARESSI, S.C.N.; ORENHA, E.S. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE – ANEXO 1

1ª Via: Curso de Odontologia

2ª Via: acidentado entregar na Casa Rosa ou Pronto Socorro Santa Casa

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE

1. Identificação do aluno

Nome do aluno:_____Termo:_____

Endereço:_____Telefone:_____

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino Idade: _____

Clínica ou laboratório onde ocorreu o acidente:_____

2.Características do acidente

Acidente: ( ) pérfuro-cortante

( ) respingo de fluidos contaminados – Localização: ( ) mucosa ocular ( ) mucosa oral ( ) ferimentos na pele

Horário: _____:_____ Data:____/____/____

3. Identificação do paciente-fonte:

Nome:_____n.º prontuário:_____

Endereço:_____Telefone: _____

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino Idade: _____

Observações (itens importantes registrados durante anamnese):

_____

_____

4. Conduta (encaminhado para serviços especializados em DST/AIDS):

( ) Casa Rosa - horário comercial ( ) Santa Casa de Misericórdia – demais horários

Barretos, _____/_____/_____

Nome e assinatura do aluno

Nome e assinatura do professor

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
R.G.:_____, estou ciente de que pelo fato de ter sofrido “Acidente Biológico” em ___/___/___,
Aceito ( )
Não Aceito ( )

ser encaminhado para o Serviço de Notificação de Acidentes Biológicos em Profissionais de Saúde (Casa Rosa ou Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia). Em caso de aceitar, comprometo-me a comparecer a todas as consultas previamente agendadas pelo Programa Estadual DST/AIDS de Barretos-SP.

Sem mais para o momento, assino abaixo:

_____

Nome e assinatura

ANEXO 3

DESINFEÇÃO DE MATERIAIS DE MOLDAGENS

| **MATERIAL** | **DESINFETANTE** | **TÉCNICA** | **TEMPO Minutos** |
|---|---|---|---|
| Siliconas | Hipoclorito de sódio 1% | Imersão | 10 min |
| Mercaptanas | Hipoclorito de sódio 1% | Imersão | 10 min |
| Poliéter | Hipoclorito de sódio 1% | Imersão | 10 min |
| Godiva | Hipoclorito de sódio 1% | Imersão | 10 min |
| Pasta de óxido de zinco e eugenol | Ácido peracético a 1% | Imersão | 10 min |
| *Alginatos | Hipoclorito de sódio a 1% | *Borrifar | 10 min |
| *** Lavar em água corrente, borrifar com hipoclorito de sódio 1%, envolver com papel toalha umedecido com o desinfetante, deixando-o, a seguir, num recipiente fechado (saco plástico com fecho, tupperware, etc.) por 10 minutos. Importante: o papel toalha deve permanecer úmido. A seguir, lava-se em água corrente ou com água gessada. Seca-se e vaza-se o molde.** | | | |

DESINFEÇÃO DE PRÓTESES

| **MATERIAL** | **DESINFETANTE** | **TÉCNICA** | **TEMPO Minutos** |
|---|---|---|---|
| Prótese Total, Prótese Parcial Removível Com ou Sem Grampo | Hipoclorito de sódio 1% | Imersão | 10 min |
| Prótese Fixa em Metal (Metaloplástica e Metalocerâmica) | Ácido peracético a 2% | Imersão | 10 mim |
| Casquete em acrílico | Hipoclorito de sódio 1% | Imersão | 10 min |
| Moldeira em acrílico | Hipoclorito de sódio 1% | Imersão | 10 min |
| Registros em cera | Hipoclorito de sódio 1% | Borrifar e envolver em papel toalha umedecido com desinfetante | 10 min |
| Padrão de cera | Hipoclorito de sódio 1% | Borrifo e papel toalha umedecido | 10 min |
| “Inlay” e “Onlay” | Ácido peracético a 1% | Imersão | 10 min |
| Restauração Metálica Fundida (RMF) | Ácido peracético a 1% | Imersão | 10 min |
| Coroa provisória em acrílico | Hipoclorito de sódio 1% | Imersão | 10 min |
| Aparelho ortodôntico removível | Ácido peracético a 1% | Imersão | 10 min |